Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

A.I. Corregidor Sánchez

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Bases conceptuales y aplicaciones prácticas

COORDINADORA

Ana Isabel Corregidor Sánchez

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Bases conceptuales y aplicaciones prácticas

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Bases conceptuales y aplicaciones prácticas

COORDINADORA

Ana Isabel Corregidor Sánchez

Diplomada Terapia Ocupacional
Licenciada en Antropología Social y Cultural
Profesora Universidad Castilla La Mancha
Coordinadora Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional,
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2010 Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

Edita: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-838-1
Depósito Legal: M-XXXXX-2010

Autores

Jorge Alegre Ayala
Terapeuta Ocupacional
Servicio de Dependencia
Junta de Comunidades de Castilla La Mancha

Ana Isabel Corregidor Sánchez
Terapeuta Ocupacional
Licenciada en Antropología Social y Cultural
Profesora Universidad Castilla La Mancha
Coordinadora Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Jorge Duque Pineda
Terapeuta Ocupacional
Presidente Colegio Terapeutas Ocupacionales, Baleares

Javier Fernández Huete
Terapeuta Ocupacional
Los Robles Gerhoteles, Madrid

Cristina Gómez Calero
Terapeuta Ocupacional
Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Elisabeth Huertas Hoyos
Terapeuta Ocupacional
Profesora Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Rosa Martínez Piédrola
Terapeuta Ocupacional
Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Rosa Matilla Mora
Terapeuta Ocupacional domiciliaria
Directora Terapia-Ocupacional.com
Secretaria Grupo Trabajo Terapia Ocupacional, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Aranda Moreno González
Terapeuta Ocupacional
Residencia Benquerencia, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha

Luisa Fernanda Rodríguez Fairen
Terapeuta Ocupacional Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales

Patricia Sánchez Herrera Baeza
Terapeuta Ocupacional
Unidad de Daño Cerebral POLIBEA, Madrid

Prólogo

La publicación de un libro es siempre motivo de satisfacción. Cuando el contenido de dicha obra es novedoso, de actualidad, innovador y realizado por profesionales jóvenes y con gran proyección en las áreas docentes y de investigación, el motivo de satisfacción es doble.

La terapia ocupacional, disciplina destinada a ocupar un lugar relevante en el acercamiento diagnostico y terapéutico de población anciana, se encuentra relativamente huérfana de publicaciones de calidad. En este sentido, este libro comienza a ocupar un territorio que hasta ahora no estaba cubierto.

Desde una visión puramente personal la satisfacción por la aparición de este texto es aun mayor, y esto es debido a mi calidad de profesor de Geriatría en la Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense desde hace más de quince años. Un número importante de alumnas, más de un millar, a las que he procurado estimular e incentivar en el conocimiento del fenómeno del envejecimiento y de sus patologías. Conocer el lugar destinado a estos profesionales en la prevención y tratamiento de la dependencia sigue siendo un reto no solo para los terapéuticos sino también para los responsables de la organización sociosanitaria.

El libro esta dividió en tres grandes secciones. En la primera se analiza la evolución y las bases conceptuales de la terapia ocupacional las cuales representan las bases científicas sobre las que asienta la terapia ocupacional. La segunda nos informa de la nueva clasificación de la *American Occupational Theraphy Association* en relación a las actividades de la vida diaria, una aproximación más real y menos simplista de la más ampliamente difundida. El tercer y último apartado lo constituye la intervención de la terapia ocupacional en los diferentes niveles asistenciales tanto a nivel domiciliario como hospitalario y en los diferentes re-cursos sociosanitarios. La terapia ocupacional como disciplina claramente destinada a los pacientes debe también involucrarse en las diferentes posibilidades de intervención en función de la ubicación del paciente.

En resumen los temas tratado en este libro son novedosos y de rabiosa actualidad. Los autores de la obra suponen otro análisis. Todos ellos son profesionales jóvenes aunque con experiencia en las áreas docentes y asistenciales. Recientemente dentro de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología se ha creado un grupo de trabajo de terapia ocupacional. Del interés de la actividad de dicho grupo podemos dar fe y debería ser espejo donde mirarse otros grupos de trabajo de nuestra sociedad.

Celebramos todos la llegada de este libro y esperamos que este sea solo el principio para posteriores publicaciones que den respuesta a los problemas de un gran número de personas mayores desde un área de conocimiento relativamente joven pero con un futuro atractivo

Dar la enhorabuena a todos los autores y muy en particular a Ana Corregidor, por su inquietud, su rigor científico, su ánimo y la vocación que irradian en todos aquellos que tenemos el placer de conocerlos.

MIL GRACIAS.

Pedro Gil Gregorio
Presidente SEGG
Madrid Mayo 2010.

Presentación

El notable incremento de las personas mayores en nuestra sociedad y el desarrollo de estilos de vida diferentes a los tradicionales están contribuyendo a cambiar la perspectiva del envejecimiento. La vejez ya no se concibe como una etapa final de la vida sin contenido, sino que se convierte en un estadio de evolución, con patrones cambiantes de ocupación y actividad, desarrollo de habilidades y exploración de nuevos intereses. La figura del mayor comienza a ser protagonista de muchos aspectos de la vida social, adquiriendo nuevos roles y organizando su tiempo con la realización de una amplia gama de actividades antes prácticamente inexistentes.

Este giro en la perspectiva de la vejez supone para los profesionales sociosanitarios aceptar un nuevo compromiso que redunde en mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Este compromiso es el de entender a la persona mayor como un agente activo, dinámico y capaz de incorporar tanto nuevos hábitos y actividades en su día a día como de afrontar retos en los procesos de rehabilitación funcional.

En este sentido, uno de los mejores indicadores de salud y bienestar es la capacidad de la persona para adaptarse y participar en la sociedad. Las actividades de la vida diaria representan un papel fundamental para el automantenimiento, la participación familiar y la social. La disciplina encargada de evaluar, analizar, graduar y adaptar estas actividades con el objetivo de alcanzar un desempeño autónomo es la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional, ligada a la geriatría desde sus comienzos, utiliza la ocupación como medio terapéutico para mejorar la situación funcional de las personas mayores. El término ocupación hace referencia a todo el conjunto de las actividades que llenan el tiempo de las personas y que aportan significado e identidad a sus vidas. El objetivo de la terapia ocupacional es mejorar la salud y la calidad de vida, a través de la participación en aquellas ocupaciones que la persona seleccione por considerarlas importantes en su vida.

Tradicionalmente, las actividades de la vida diaria se han clasificado en tres tipos, *actividades básicas*, destinadas a la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación o el aseo; *actividades instrumentales* vinculadas al manejo y control del entorno, como el mantenimiento del hogar o el uso del dinero, y *actividades de ocio y juego*. Esta división de las actividades cotidianas ha sido y continúa siendo en la actualidad muy útil y esclarecedora. Sin embargo, las nuevas dinámicas sociales conducen hacia actividades que no tienen cabida en esta clasificación como, por ejemplo, las iniciativas de voluntariado, participación en asociaciones, formación educativa o actividades de participación social.

La segunda edición del *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso,* publicado recientemente por la *American Occupational Therapy Association* (AOTA)[i], pretende responder a las necesidades de la práctica actual de la terapia ocupacional contemporánea prestando atención a las áreas de ocupación emergentes. Como resultado de esta actualización se distinguen un total de ocho áreas ocupacionales que recogen todos los tipos de actividad en los que se puede ocupar el tiempo:

- Área de actividades de la vida diaria (o básicas).
- Área de actividades instrumentales.
- Área de actividades de descanso y sueño.
- Área de educación.
- Área de trabajo.
- Área de juego.
- Área de ocio.
- Área de participación social.

El presente documento tiene como objetivo presentar los fundamentos y las aplicaciones prácticas de la terapia ocupacional para ayudar a las personas mayores a iniciar, reanudar o recuperar aquellas actividades de la vida diaria que favorezcan su funcionalidad y mejoren su salud.

Las tres secciones que componen esta guía práctica están dedicadas a la actualización de la intervención del terapeuta ocupacional en el proceso de atención de las personas mayores. Este manual se dirige tanto a terapeutas ocupacionales que desarrollen su labor en el campo de la geriatría y la gerontología como a todos aquellos profesionales del ámbito sociosanitario que deseen conocer la función del terapeuta ocupacional como miembro de equipo encargado de la rehabilitación de las actividades de la vida diaria.

El crecimiento y evolución de la profesión en el ámbito geriátrico de nuestro país y los fundamentos conceptuales de la disciplina se desarrollan en la primera sección. La utilización de las actividades de la vida diaria como elemento de tratamiento ocupacional para alcanzar la máxima autonomía posible se presenta en la sección segunda. Para la clasificación de actividades de la vida diaria se ha tomado como referencia la última clasificación de la AOTA (*American Occupational Therapy Association*). La sección tercera aborda las funciones del terapeuta ocupacional en los distintos niveles asistenciales, desarrollando las bases conceptuales de la evaluación funcional y la intervención desde terapia ocupacional en cada uno de los niveles asistenciales: atención primaria de salud, unidades hospitalarias y recursos sociales.

Ana Isabel Corregidor Sánchez

---

[i] OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain & Process. 2nd edition. American Journal Occupational Therapy. 2008; 62 (6).

Sumario

Sección I. Evolución y bases conceptuales de la terapia ocupacional

1. **Historia y evolución de la terapia ocupacional geriátrica en España** 3
   R. Matilla Mora

2. **Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez** 11
   J. Alegre Ayala

3. **Perspectiva ocupacional de las personas mayores** 19
   J. Duque Pineda

Sección II. Clasificación de áreas ocupacionales y aplicaciones prácticas

4. **Área de actividades de la vida diaria** 27
   A.I. Corregidor Sánchez, C. Gómez Calero

5. **Área de actividades instrumentales de la vida diaria** 39
   P. Sánchez Herrera Baeza, J. Alegre Ayala

6. **Área de participación social** 47
   L.F. Rodríguez Fairen

7. **Área de trabajo** 53
   C. Gómez Calero, J. Fernández Huete

8. **Área de ocio y tiempo libre de las personas mayores** 59
   A. Moreno González

Sección III. Intervención de la terapia ocupacional en los niveles asistenciales geriátricos

Introducción 69
A.I. Corregidor Sánchez

9. Terapia ocupacional en atención primaria de salud 71
A.I. Corregidor Sánchez

10. Terapia ocupacional en unidades hospitalarias 77
A.I. Corregidor Sánchez

11. Terapia ocupacional en los servicios sociales comunitarios: servicio de ayuda a domicilio, centros de día y residencias 105
A.I. Corregidor Sánchez

12. Terapia ocupacional basada en la evidencia 119
R. Martínez Piédrola, E. Huertas Hoyos

SECCIÓN I

Evolución y bases conceptuales de la terapia ocupacional

Capítulo 1

Historia y evolución de la terapia ocupacional geriátrica y gerontológica en España

R. Matilla Mora

COMIENZOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

La terapia ocupacional comienza a desarrollarse en España a partir de 1961. Es la Fundación del Real Patronato de Rehabilitación, dependiente en aquel momento de la Dirección General de Sanidad, el organismo que impulsa la aparición de la profesión en un contexto de interés general por la rehabilitación. A petición de esta Dirección se solicita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de una persona para la formación de futuros terapeutas ocupacionales.

La OMS contrata a Dª Mercedes Abellá[1], terapeuta ocupacional norteamericana nacida en Cuba y formada en la *New York University*. Su llegada a España fue en abril de 1961 y se prorrogó hasta 1963. Durante este tiempo se encargó de impartir las asignaturas relacionadas con terapia ocupacional en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) ubicada en el Dispensario Central de Rehabilitación situado en la calle Maudes de Madrid.

El 1 de diciembre de 1961 se inicia el "Primer curso abreviado intensivo de terapia ocupacional", con una duración aproximada de nueve meses y dependiente del Ministerio de Gobernación. El Dr. Heliodoro Ruiz García[2], Jefe de Servicio del Dispensario Central de Rehabilitación ubicado entonces en la calle Maudes de Madrid, dedicó gran empeño al desarrollo y organización interna de este curso. Además, fomentó gran empeño al desarrollo y puesta en funcionamiento de una de las áreas terapéuticas rehabilitadoras más importantes: la terapia ocupacional, siendo un verdadero pionero en esta materia de conocimiento.

Diversos especialistas en medicina participaron como profesores en esta primera etapa: Dr. Serafín Rodríguez Gallego (Anatomía y Fisiología), Dr. Fernando Claramunt López (Psicología), Dr. Manuel Domínguez Carmona (Higiene, Socorrismo y Epidemiología), Dr. Francisco Lamas Laclaustra (Sociología), Dr. Alberto Gimeno Álava (Neurología), Dr. Miguel Gracia de La Calle (Patología Médica y Quirúrgica) y Dr. Heliodoro Ruiz García (Kinesiología).

Los cursos formativos de terapia ocupacional se impartían en base a las instrucciones de la OMS, hasta que su reglamentación se reguló definitivamente por Orden del Ministro de la Gobernación en 1967[i]. La Dirección General de Sanidad adscrita al Ministerio de la Gobernación

[i]En la Orden Ministerial del 13 de junio de 1967 se regulaba el acceso a estos cursos, exigiéndose el título de Bachiller o equivalente.

era la máxima institución sanitaria de la época y todos los intentos de cambio a un organismo docente no pudieron realizarse en la práctica, estando en contradicción con la legalidad de funciones y competencias de la Escuela de Terapia Ocupacional, ajenas a la docencia y adscritas a sus órganos de gobierno.

Esta obligada dependencia de la Escuela de Terapia Ocupacional y la Dirección General de Sanidad impidió la creación de otras Escuelas por el resto de la geografía española y tuvo como efecto la escasez de terapeutas ocupacionales en comparación con otros colectivos sanitarios, cuyas escuelas funcionaban por toda España y de las que se graduaban centenares de profesionales anualmente frente a los aproximadamente veinte terapeutas ocupacionales de cada promoción[3].

Pero esta situación no impidió que la ENTO fuera adecuándose a la totalidad de las exigencias de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (*World Federation of Occupational Therapist.* WFOT. http://www.wfot.org/default.asp), la más alta instancia de la OMS a la que debían atenerse las formaciones académicas de terapia ocupacional en todos los países en los que se fue implantando esta disciplina. La Escuela de Terapia Ocupacional de España fue reconocida a nivel internacional en 1970 y en 1972 la primera Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO) edita su primer boletín.

Mª José Román Torres, terapeuta ocupacional y Jefa de Estudios de la Escuela de Terapia Ocupacional, permaneció en el cargo desde el año 1972 hasta 1997 fue la encargada de introducir progresivamente nuevas asignaturas y más de mil trescientas horas de prácticas clínicas, realizando una gran labor docente y promoviendo la cualificación de los estudiantes de terapia ocupacional, consiguiendo revalidar la formación con la WOFT, al incrementar la formación de terapia ocupacional de 9 meses a 3 años en 1980. La colaboración de los profesores y de los terapeutas ocupacionales de los centros sanitarios fue clave en este proceso. La Escuela de Terapia Ocupacional dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo) formó a terapeutas ocupacionales hasta el año 1997.

Con anterioridad al cierre de la ENTO, se crearon otras escuelas universitarias de terapia ocupacional bajo la Ley de Reforma Universitaria del año 1990 (BOE 20/10/1990). De esta forma, todas las Escuelas de Terapia Ocupacional quedaron reguladas por el Ministerio de Educación bajo el control de la Universidad. La primera Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional se crea en la Universidad de Zaragoza (1991), dentro de la Escuela de Ciencias de la Salud, a ésta le siguen la Universidad Complutense de Madrid, la Escuela de la Cruz Roja de Terrassa (Universidad Autónoma de Barcelona), el CEU de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla-La Mancha), etc. En la actualidad existen diecinueve universidades impartiendo los estudios de terapia ocupacional en España[4].

COMIENZOS DE LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA

Dr. Francisco Guillén Llera

El profesor Guillén Llera, desde su especialidad, la geriatría, ha sido una de las figuras que ha impulsado la Terapia Ocupacional en nuestro país, tanto desde el ámbito formativo como

desde el profesional. El Dr. Guillén fue profesor de la asignatura de geriatría en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional desde el curso 73-74.

Conjuntamente con el Dr. Alberto Salgado Alba, Jefe de Servicio de Geriatría del Hospital de Cruz Roja, incluyen la figura del terapeuta ocupacional en este servicio, propiciando el desarrollo de la profesión en el ámbito geriátrico[5]. En 1972 se inaugura por SM la Reina Doña Sofía, actuando como conferenciante invitado el Prf. T.C. Picton Williams, *Geriatrics Consultant* del St. Thomas Hospital de Londres el primer Hospital de Día Geriátrico de España[6]. El Hospital de Día de Cruz Roja cuenta ya desde su inicio con una terapeuta ocupacional encargada de trabajar las actividades de la vida diaria entre el equipo de profesionales. Gracias a esta pionera inclusión, la figura del terapeuta ocupacional está regulada en todos los hospitales de día.

Elena Navajo Fernaz

En estos primeros años de la geriatría española, Elena Navajo Fernaz representa a la terapia ocupacional, incorporándose al Servicio de Geriatría de Cruz Roja en 1972[7]. Fue la primera terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Cruz Roja de Madrid, organizando además la Unidad de Larga Estancia y, posteriormente, Unidad de Media Estancia. Sus aportaciones fueron muy valiosas para afianzar las funciones de la terapia ocupacional en el ámbito geriátrico. Asimismo, Elena Navajo participó como profesora de la Escuela de Terapia Ocupacional en la especialidad de geriatría.

Dr. Juan Ricardo Parreño Rodríguez

En la segunda mitad de la década de los años 70, se inicia en España una clara modernización de las residencias de ancianos de nueva construcción, observándose una evolución en la dinámica asistencial y objetivos de la atención institucional[8].

El Dr. J.R. Parreño Rodríguez, especialista en rehabilitación, con gran vocación gerontológica y entusiasmo rehabilitador, a través de sus publicaciones y enseñanzas consiguió que algunas residencias creasen locales especiales para rehabilitar, en lo posible, a los ancianos institucionalizados.

A partir del 1980, se incrementó el interés en dotar de rehabilitación estos centros, incluyendo fisioterapia y terapia ocupacional en la mayoría de los centros gerontológicos: residencias, centros sociosanitarios y hogares de pensionistas. Esta situación impulsó la terapia ocupacional en el campo sociocomunitario, comenzando a estar presente en la mayoría de residencias de ancianos y centros de día.

SERVICIOS DE GERIATRÍA CON TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALES GENERALES DE ESPAÑA

El tratamiento rehabilitador es un componente habitual en los cuidados geriátricos en cualquier nivel asistencial. La creación de unidades geriátricas hospitalarias específicamente

dirigidas a la recuperación funcional comienza en Reino Unido ante la creencia de algunos geriatras de la necesidad de estas unidades que contarán con una estructura adecuada y un equipo multidisciplinar, que incluyera a terapeutas ocupacionales. Los equipos multidisciplinares estaban especialmente orientados a la educación y tratamiento específico de pacientes que hayan perdido la independencia en actividades de la vida diaria[9].

En 2010 y según datos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, existen 58 terapeutas ocupacionales trabajando en Servicios de Geriatría Españoles. La distribución puede verse en la tabla 1.

TABLA 1. Distribución de terapeutas ocupacionales en Servicios de Geriatría (2010)

Comunidad Autónoma	Número de terapeutas ocupacionales
Andalucía	3
Aragón	5
Asturias	2
Baleares	2
Canarias	3
Cantabria	1
Castilla-La Mancha	6
Castilla-León	2
Cataluña	15
Comunidad Valenciana	2
Extremadura	2
Galicia	0
Madrid	10
Navarra	1
País Vasco	1
Total	55

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

Los cuidados de media estancia son aquellos dirigidos a pacientes que, una vez sobrepasada la fase aguda de su enfermedad, requieren cuidados médicos, de enfermería y, principalmente, rehabilitadores que no pueden ni deben darse de forma ambulatoria. El trabajo de los diferentes terapeutas es determinante en estas unidades donde el objetivo es recuperar el mayor nivel de funcionamiento posible para poderse reintegrar al domicilio previo. Los criterios de práctica se desarrollan en el capítulo 10 de este libro.

Los primeros datos conocidos sobre la actividad de terapia ocupacional en estas unidades datan de 1982, en la Unidad de Media Estancia del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Distintos tipos de unidades de media estancia son las unidades de ictus y las unidades ortogeriátricas en las que el aspecto rehabilitador también es predominante, pero en el que la figura del terapeuta ocupacional aún no está regulada.

OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES GERIÁTRICOS

En 1970 se creó el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos[10]; posteriormente, en 1971 el primer Plan Gerontológico de la Seguridad Social, siendo su coordinador el Dr. Salgado Alba, quien hizo una labor fundamental para la puesta en marcha de los Hogares y Clubs de Pensionistas y Residencias de la Tercera Edad, denominadas así por aquel entonces.

La afinidad entre geriatría y terapia ocupacional y la proliferación de centros de atención a apersonas mayores ha contribuido a que la atención a las personas mayores sea el campo de mayor inserción laboral de los terapeutas ocupacionales. El estudio realizado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación en el año 2004[11] sobre la inserción laboral de los titulados en terapia ocupacional así lo demuestra. Este estudio revela que, en España, una parte importante de los terapeutas ocupacionales (37,7%) trabajan en el campo de la geriatría, ya sea hospitalaria o comunitaria, seguido por el campo de la salud mental y el de la discapacidad física (14,2 y 12,6%). Estos resultados pueden verse en la figura 1.

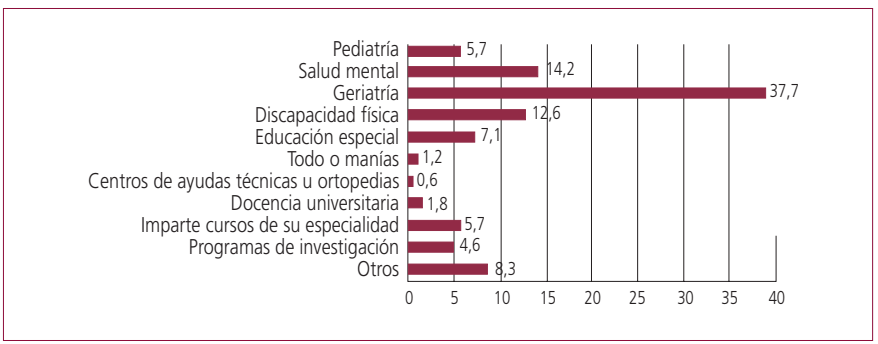

FIGURA 1. Campos de inserción laboral de terapeutas ocupacionales (ANECA, 2005)[11].

Hogares, clubs y centros de día

En los años 70 el Dr. Salgado Alba, desde su cargo de coordinador del Plan Gerontológico, propone crear centros de día para personas dependientes físicos o psíquicos. Junto con las residencias públicas para ancianos independientes o dependientes (asistidos), surgen centenares de "Hogares y Clubs de Pensionistas"[12], fórmulas de atención diurna que no son propiamente "centros de día geriátricos o psicogeriátricos" ya que aquéllos estaban planificados para pensionistas con autonomía.

El primer hogar del pensionista se inaugura en La Coruña en 1970 en donde se inicia una atención geriátrica preventiva y educativa a sus socios. En 1979 había en España 344 hogares y

clubs que tenían 298.252 socios. En estos centros la figura del terapeuta ocupacional depende de los criterios preventivos y rehabilitadores de sus gerentes.

El 1974, el "Servicio Social de Asistencia a los Ancianos" pasaría a llamarse "Servicio Social de Asistencia a los Pensionistas de la Seguridad Social a la Tercera Edad". La creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) dará una nueva orientación a todas las instituciones estatales precedentes, que quedan incorporadas en él en los años "80", siendo el INSERSO el organismo con más medios y responsabilidad en casi todas las actividades gerontológicas en España. Como consecuencia, la presencia médica se disminuye, potenciando el carácter social de los mismos.

A diferencia de los clubs estrictamente dedicados al ocio, actividades lúdicas, charlas culturales, etc. Algunos hogares de pensionistas contaron con un pequeño equipo sanitario de médico, enfermera y terapia ocupacional y podólogo, todos a menos de media jornada de tiempo de trabajo, y en la mayoría la presencia médica no pasaba de dos horas de consulta. La escasez de profesionales de la terapia ocupacional en aquellos años provocó que otros profesionales sanitarios se ocuparan de hacer labores parecidas a lo que propiamente trata esta disciplina.

En la actualidad existen 1.489 centros de día en España[13] y la mayoría de ellos cuentan con un terapeuta ocupacional encargado de potenciar la autonomía y prevenir la dependencia a través del entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

Residencias

Hasta mediados del siglo XX, los centros de beneficencia en que se acogían a los ancianos eran en su mayoría asilos, lugares en que se albergaba a todo tipo de menesterosos, junto a ellos convivían adultos de todo tipo (enfermos crónicos, pacientes mentales) y niños, por lo general abandonados y muchos de ellos con discapacidad intelectual[8].

Durante el VIII Congreso Nacional de Gerontología del año 1975 en Palma de Mallorca, fue presentada una ponencia con el título Chequeo a las residencias de España, en la que se recopiló un estudio-encuesta iniciado en 1972 que recogía datos de 378 residencias en las que había 26.027 ancianos. En 1975, el número de residencias ascendió hasta 640, acogiendo a 58.164 ancianos. Estos datos ponen de manifiesto el interés que tenían la Sociedad y el Estado, en aquellos años, en crear residencias o modernizar las existentes. De estos años no tenemos constancia de que hubiera terapeutas ocupacionales en ellas aunque sí es posible que existiera el departamento de terapia ocupacional.

En el año 1981 Miriam Pereda, terapeuta ocupacional, publica un artículo en la Revista de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología[14] sobre un modelo de residencia asistida en Madrid. Este trabajo fue premiado por el SATE (Servicio de Atención a la Tercera Edad, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), destacando así el interés que despertó entonces la puesta en marcha de una residencia asistida de pequeño tamaño pero con un gran componente de rehabilitación, incluida la terapia ocupacional.

Actualmente, en España existen 5.311 residencias públicas según datos del IMSERSO[15], siendo Cataluña la Comunidad Autónoma que mayor número presenta, con 1.008 residencias

públicas, seguida de Castilla y León con 608, Andalucía con 583, Madrid con 495. No existen actualmente datos oficiales del número de terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito residencial, aunque nos consta que la mayoría de residencias cuentan con la presencia de un terapeuta ocupacional, aunque difieren fundamentalmente en la duración de la jornada laboral y en el tipo de contrato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Berriel J. Entrevista a Mercedes Abella, joven fundadora de la Terapia Ocupacional en España. Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Nº 25. Madrid, 2001. p. 29-39.
2. Santos del Riego S. In Memoriam. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Heliodoro_Ruiz.shtml
3. Quiroga IJ. La Asociación Española de Terapia Ocupacional: 1967-1988. Terapia Ocupacional. Revista informativa de la APETO. Especial 40 aniversario. Madrid, 2007; 44: 3-8.
4. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Universidades.shtml
5. Guillén Llera F. Alberto Salgado Alba. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36 (S5): 16-9.
6. Ruipérez Cantera I. Francisco Guillén y el Hospital Central de la Cruz Roja.
7. Durante P. Historia de la terapia ocupacional: su desarrollo en geriatría. En: Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Madrid: Masson; 2003.
8. Jiménez Herrero F. Evolución de la Institucionalización de los ancianos en España. Barcelona: Editorial Glosa; 2001.
9. Baztán Cortés JJ, Miralles Baseda R. Unidades geriátricas de media estancia y convalecencia: un diamante que hay que cuidar y pulir. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35 (S6): 1-2.
10. Martínez Gómez JM. Los servicios sociales en España. La influencia de Alberto Salgado en su desarrollo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36 (S5) 51-5.
11. Linares García Valdecasas R (coord.). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de Grado de Terapia Ocupacional. Marzo 2005.
12. Jiménez Herrero F. Orígenes y evolución de los centros de día con dedicación psicogeriátrica. Rev Esp Geriat Gerontol. 1996; 31 (NM1): 3-10.
13. Base de Datos Portal Mayores. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/recursos/centros-dia/avanzada.jsp
14. Pereda M, Ruipérez I, Zabala MC, Ferreira P, Mesas R, Echaniz MD, et al. Un modelo de residencia asistida fácilmente realizable. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1981; 16 (3): 253-66.
15. PORTAL MAYORES (2008). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2008". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 86. [Fecha de publicación: 4/12/2008]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticasresidencias2008- 02.pdf

Capítulo 2

Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez

J. Alegre Ayala

Las bases del conocimiento de terapia ocupacional derivan de las aportaciones de ciencias como la biología, la psicología y las ciencias médicas, así como el propio análisis y estudio de las ocupaciones y su relación con los seres humanos. Estas agrupaciones de teorías constituyen los marcos de referencia teóricos, diferenciándolos Hagedorn[1] en marcos de referencia psicológicos y fisiológicos. Dentro de la propia disciplina existen diferentes maneras de estructurar el conocimiento científico para aplicarlo en situaciones clínicas cotidianas, los llamados modelos de práctica[2]. En la tabla 1 se recogen los modelos de práctica de terapia ocupacional. Entre los más conocidos podemos citar al modelo de ocupación humana y el modelo canadiense de desempeño ocupacional desarrollado en el capítulo 3. Estos modelos tienen el objetivo de analizar los diferentes factores que rodean a la ocupación, contemplando a la persona como un conjunto de sistemas/componentes relacionados con el entorno a través del desarrollo de actividades.

La terapia ocupacional es la "*Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo*" (Moruno y Romero, 2003)[3].

Atendiendo a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA, 1986)[4]:

"*Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.*"

Según la Asociación Castellano Manchega de terapeutas ocupacionales (ACAMTO)[5]: "*Es una profesión sociosanitaria ligada al campo de la Rehabilitación y la Integración que se centra en prevenir y/o disminuir las consecuencias de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales; capacitando a la persona, con un adecuado tratamiento, para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria (autocuidado, ocio, trabajo...), contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad*".

TABLA 1. Modelos de práctica de terapia ocupacional, autores y fecha de publicación

Año primera publicación ocupacional	Autores	Modelo de práctica de tearapia
1922	Eleanor Clarke Slagle	Entrenamiento del hábito
1966	Anne Mosey	Recapitulación de la ontogénesis
1968	A. Jean Ayres	Integración sensorial
1974	Anne Mosey	Modelo biopsicosocial
1980	Gary Kielhofner	Modelo de la ocupación humana
1981	Kathlyn Reed	Adaptación espacio-temporal
1983	Asociación Canadiense de T.O	Desempeño ocupacional
1985	Claudia Allen	Discapacidad cognitiva
1989	Elizabeth J. Yerxa y Florence Clark	Ciencia ocupacional
1992	Jeannette Schkade y Rally Schulz	Adaptación ocupacional
1994	Winnie Dunn et al.	Ecología del desempeño humano
1996	Mary Law et al.	Persona-entorno-ocupación
2000	Michael Iwama	Modelo Kawa-Rio

Para un mejor conocimiento de las bases y fundamentos que sustentan nuestra disciplina en la figura 1 se muestran los componentes del marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional (2ª revisión), creado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008)[6]. Este marco de trabajo recoge las principales variables que determinan la intervención del terapeuta ocupacional: por un lado, las áreas ocupacionales, las características del cliente y las características del entorno y sus demandas.

Dentro del conocimiento de los fundamentos teóricos de la terapia ocupacional debemos hacer especial hincapié en tres conceptos clave en la disciplina, puesto que su adecuado análisis y estudio pormenorizado son los cimientos sobre los que se fundamenta la intervención de los terapeutas ocupacionales. Dichos elementos fundamentales son la ocupación, la persona y el entorno.

OCUPACIÓN

Se entiende por ocupación al grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad[7].

Se trata del término esencial de la terapia ocupacional. Toda teoría desarrollada gira alrededor del estudio de la ocupación y su relación con la salud del ser humano. Su importancia es tal, que su uso como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud es el elemento que nos distingue claramente del resto de disciplinas rehabilitadoras.

La ocupación juega un papel clave en la salud de los seres humanos, ya que somos únicos en cuanto a que hemos desarrollado un conjunto complejo y extenso de cosas para hacer (esta intensa necesidad para hacer cosas es únicamente humana)[8].

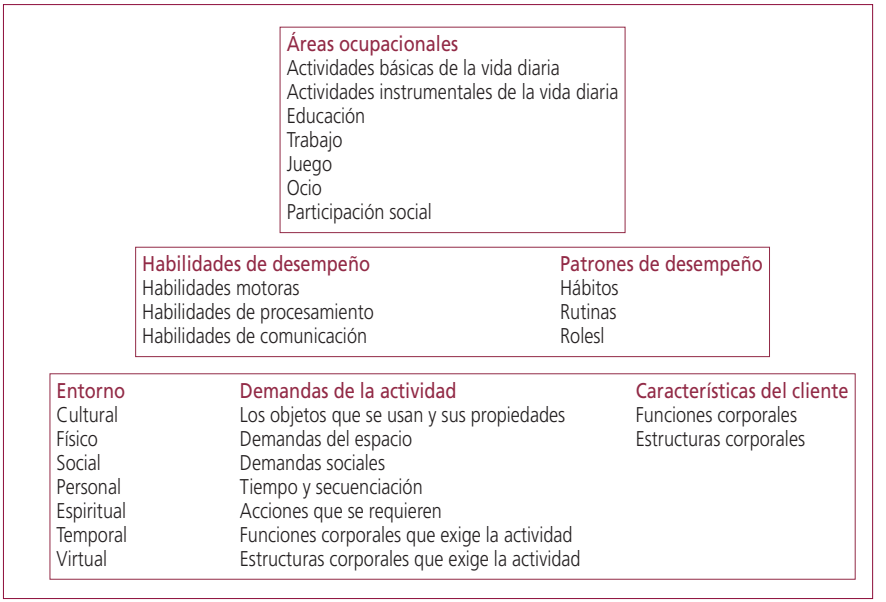

FIGURA 1. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: ámbito de competencia y proceso (AOTA, 2002).

Incluye un contexto personal, espacial y temporal, y un entorno donde ésta tiene lugar, y a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social.

Para la clasificación y el estudio de las ocupaciones que puede desempeñar el ser humano, de manera tradicional se ha optado por una, realizar una división en tres niveles: el autocuidado, la productividad y / o el ocio y tiempo libre[9]. En la sección II se amplía esta división, desglosando ocho áreas ocupacionales en relación con las personas mayores.

La privación de la posibilidad de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de capacidad funcional puede originar una mayor patología.

La ocupación es medio terapéutico para alcanzar una mayor calidad de vida. Desde este punto de vista pueden distinguirse dos tipos de relaciones diferentes entre ocupación y salud[10]:

- En la medida en que la ocupación puede constituirse en una forma de dar sentido, significado a la existencia, en un vehículo simbólico que incide, cómo no, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano.
- En cuanto a que la realización de una determinada ocupación –en la que estén implicadas determinadas capacidades, destrezas o aptitudes–, puede utilizarse como medio para el mantenimiento, mejora y recuperación de las estructuras corporales y las funciones psicológicas.

El desempeño ocupacional en sí mismo se conforma en un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface, tanto sus necesidades vitales, como los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia, favoreciendo su integración y participación activa en el entramado social y el cultural al que pertenece y, por tanto, constituyéndose en un elemento capital en el bienestar psicológico y el social del individuo.

Para la utilización de la ocupación como herramienta terapéutica, es necesario desgranar las actividades y tareas que componen cada ocupación para poder emplearlas como método rehabilitador. Este análisis constituye el razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales y es la base para adaptar y graduar las actividades utilizadas en el tratamiento. Se trata de un proceso en el que se calibran las propiedades intrínsecas de una determinada actividad, tarea u ocupación respecto a su utilidad para motivar al paciente y satisfacer sus necesidades ocupacionales (Llorens, 1993)[11].

Persona

Una de las características que nos hace humanos es precisamente nuestra naturaleza ocupacional. La ocupación desempeña un papel central en la vida de las personas, es una necesidad vital. Necesitamos participar en actividades creativas, productivas y lúdicas y nos desarrollamos al hacerlo[8].

Siguiendo valores de una filosofía humanista, otro aspecto esencial de la disciplina es la **visión holística** del ser humano, al que se le concibe como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural. Se analizan de la persona múltiples dimensiones que pueden interferir con un desempeño de ocupaciones satisfactorio, evitando centrar la atención exclusivamente en las alteraciones producidas por las enfermedades –limitando un enfoque médico tradicional–. Por lo tanto, a la hora de la planificación del tratamiento desde terapia ocupacional, se analizan todas estas variables, puesto que influyen directamente sobre la realización de ocupaciones.

Otro punto de vista que detalla la percepción de las personas desde nuestro ámbito de actuación es la imagen de éstas como **sistemas abiertos**, es decir, entidades dinámicas, autoorganizadas, que se mantienen o transforman a raíz de su interacción con el medio ambiente[12].

Se interpreta a la persona como sujeto activo en nuestra intervención. Necesitamos la **participación activa** de ésta en el tratamiento. El propio individuo posee un grado elevado de comprensión de lo que la disfunción ocupacional implica para él, y de cuáles son los valores en su contexto cultural y social. Todo tratamiento desde terapia ocupacional se centrará en la persona.

Entorno

El ambiente es considerado desde nuestra disciplina como un instrumento para maximizar la función del paciente. Es especialmente relevante porque podemos afirmar que el comportamiento ocupacional es siempre un comportamiento medioambiental. La ocupación es entendida como interacción entre el ser humano y su medio.

Según la CIF, el entorno se define como el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas[13]. Desde el marco de trabajo de la AOTA se entiende el entorno

como la variedad de condicionantes interrelacionados dentro de la circunstancias de cada persona y que afectan al desempeño. Según se recoge en la figura 1, el entorno puede ser externo al sujeto (p. ej., el entorno físico, social o virtual) y otros pueden ser internos (personal o espiritual).

Como señala Kielhofner, la importancia del medio como instrumento terapéutico radica en que éste puede ser un poderoso determinante de la conducta e influirá en ésta a través de dos procesos. El primero, ofreciendo oportunidades o negándolas y, en segundo término, el entorno presiona hacia ciertas conductas, es decir, presenta expectativas y demandas de ejecución[12].

Otra variante estratégica en nuestra intervención es la adaptación y modificación del entorno (tras un análisis de todas las dimensiones de éste) donde ésta lleva a cabo su vida cotidiana, no sólo el entorno físico sino el social y el actitudinal. El control sobre el entorno a lo largo de nuestra intervención es fundamental ya que juega un papel protagonista en el desempeño de ocupaciones como hemos reflejado en los párrafos anteriores.

LA OCUPACIÓN EN LA VEJEZ

El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona anciana presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales.

En primer lugar, el proceso de envejecimiento conlleva, a su vez, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos, que es suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, que si progresa lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de servicios sociosanitarios. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que, más tarde, puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento[14].

Es el propio envejecimiento natural el que produce las primeras consecuencias funcionales en la vida del anciano. Existe una mayor facilidad para enfermar que en otros grupos de edad y, por tanto, mayor probabilidad para afectar o deteriorar el desarrollo de ocupaciones de algún modo[15].

Consecuencia de esta vulnerabilidad a la enfermedad, surge muy habitualmente un grupo de actitudes por parte de los cuidadores principales, familiares e incluso profesionales, que englobaríamos como la tendencia a la sobreprotección que limita la participación del paciente anciano en su habitual dinámica de actividades diarias.

Otro aspecto llamativo y que señala la vejez como grupo especialmente susceptible de presentar problemas para desempeñar ocupaciones es el de las consecuencias del desarrollo y mejora de la atención sociosanitaria en los países desarrollados, que ha reducido la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida pero que, sin embargo, ha incrementado la discapacidad en los sectores de población más envejecidos.

La jubilación es también un aspecto psicosocial que repercute en el desempeño vital de ocupaciones de aquellas personas que han desarrollado a lo largo de su vida un ejercicio laboral. Se trata de un cambio de ciclo en el que surge una nueva organización del tiempo, modificación de hábitos y cambio de roles en los que se disminuyen en múltiples ocasiones las relaciones sociales, aparece de manera frecuente una pérdida de identificación personal y una reestructuración de las relaciones familiares[16].

También muy frecuente en la persona mayor, es la tendencia al aislamiento social y a la soledad, debido a pérdidas de contactos sociales, independencia de los hijos, muerte del cónyuge, hechos que ocasionan una pérdida o cambio de roles y que modifican el desempeño de ocupaciones.

La encuesta sobre las condiciones de vida de las personas mayores desarrollada por el IMSERSO en el año 2006[17,18] en la que se entrevistaron a 3.507 personas de 65 o más años revela muestras de la pérdida de capacidad anteriormente citada para desarrollar ocupaciones en estas personas. Las actividades incluidas en el análisis fueron 18, siete básicas (comer, vestirse, asearse, andar por la casa, levantarse, bañarse y utilizar el retrete), y once instrumentales (comprar, preparar comida, tareas domésticas, tomar la medicación, utilizar el teléfono, salir, utilizar el transporte público, administrar el dinero, hacer gestiones, ir al médico y ponerse los zapatos –aunque esta última no es considerada como instrumental desde el punto de vista de la terapia ocupacional, sino vinculado a las tareas del vestido–).

En la figura 2 puede observarse que un 24,9% de la población mayor española tiene problemas y precisa ayuda en las actividades cotidianas, y un 75,1% está libre de ellos. Esto significa que tres de cada cuatro mayores no tienen limitaciones y son perfectamente autónomos para su vida personal y el mantenimiento de su hogar.

De ese 24,9% de población mayor con problemas que precisa ayuda, puede estimarse que 3,3% tienen una dependencia grave o completa, requieren apoyo en muchas actividades o en las más importantes, las de atención diaria, o en una combinación de ambas; el 5,2% presentan una necesidad de ayuda moderada y el 16,5%, leve o ligera.

Existe una fuerte feminización en los fenómenos de la discapacidad y la dependencia; las proporciones que presentan las mujeres llegan incluso a duplicar a las de los varones: 32,4% de las mujeres mayores han declarado alguna dificultad, ante el 14,7% de los varones. Además, los varones suelen declarar menor severidad en sus limitaciones. Posiblemente confluyan en estas proporciones otras circunstancias, como menores ingresos (por preponderancia de pensiones de viudedad), un nivel de

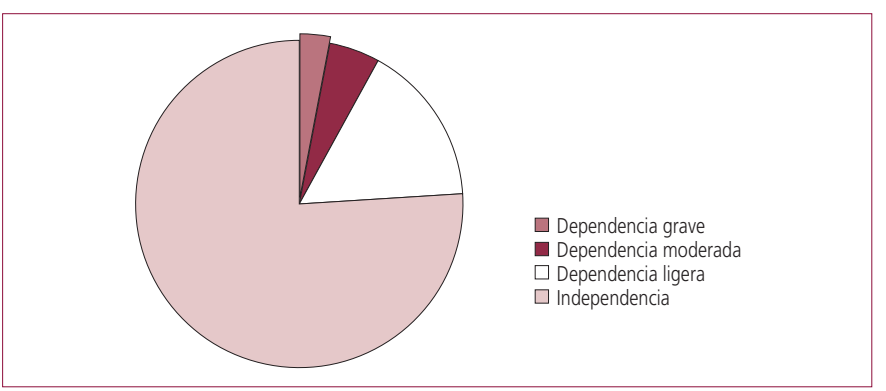

FIGURA 2. Porcentajes de dependencia/independencia de las personas mayores en las AVD[17,18].

instrucción más bajo (en estas generaciones el nivel educativo femenino es inferior al masculino), y el hecho de que la edad media femenina es más elevada (mayor esperanza de vida).

El mayor número de personas que precisan ayuda son mujeres, cuatro de cada cinco dependientes (75,0%).

La prevalencia de la discapacidad y la dependencia se acentúan notablemente según se van cumpliendo años, incrementándose también la gravedad de los problemas; la edad es, por tanto, otro factor determinante. Entre los 65 y 74 años, sólo un 11,8% de los españoles tienen dificultades para realizar alguna actividad, pero sube al 66,7% entre los de edad más avanzada (85 y más años): dos de cada tres necesitan ayuda para mantener una cierta autonomía. Este patrón de sexo y edad se repite en las diferentes comunidades autónomas.

Se empieza a tener problemas en las actividades más complejas y se acaba en las más simples; es decir, se empiezan a perder habilidades en el orden contrario al que se adquirieron. Los principales problemas aparecen en las actividades instrumentales, entre éstas las de movilidad exterior a la casa (utilizar transporte público, ir al médico, hacer gestiones, salir, hacer compras). Al menos entre el 14 y el 19% necesitan ayuda o que otra persona realice las gestiones.

Finalmente aparecen las dificultades en las actividades necesarias para el autocuidado y para el mantenimiento de la autonomía personal. En estos problemas se suele entrar más tarde, a más edad, y suelen ser los más graves, los que requieren ayuda frecuente o continua y, a veces, es la señal para plantearse una institucionalización si los recursos informales y los formales a domicilio no son suficientes. Menos de un 7% de la población de edad necesita ayuda en estas actividades.

Sobre otra área de desempeño ocupacional, el ocio y / o tiempo libre, hay que destacar otros aspectos que los diferencia notablemente con otros grupos de edad. Las personas mayores han crecido en un ambiente en el que el trabajo era el único medio y fin de sus vidas. Han crecido utilizando su tiempo sin planteamientos, este estilo de vida ha delimitado su realidad y en la vejez se encuentran sin habilidades para utilizarlo.

Para las personas de 65 y más años, el tiempo libre es una cuestión menos importante en sus vidas que para el resto, sin embargo son los que más disponen de él. El grupo de los mayores es el que en menor porcentaje valora el tiempo libre como muy importante, siendo la media de 7,28, la cifra más baja de todos los tramos de edad.

Un aspecto especialmente reseñable y que se refleja en todas las actividades recogidas bajo el epígrafe de ocio y tiempo libre es el bajo índice de participación. Las personas para las que el ocio tiene una menor importancia son las mujeres, los octogenarios y las personas en situación de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moruno P, Cuesta C, Romero DM. Marcos de referencia teóricos. En: Romero DM, Moruno P (eds.). Terapia ocupacional; teoría y técnicas. Madrid: Masson; 2003. p. 95-115.
2. Durante P. Modelos propios de terapia ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B (eds.). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 99-122.

3. Moruno P, Romero DM. Definición de la terapia ocupacional. En: Romero DM, Moruno P (eds.). Terapia ocupacional teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 44-51.
4. Durante P. Conceptos básicos de terapia ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B (eds.). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 13-24.
5. Disponible en: http://www.acamto.com/index.htm
6. The American Journal of Occupational Therapy. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. Am J Occup Ther. 2008; 62 (6): 625-83.
7. Brea Rivero M. Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: marco para el entendimiento. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 5 (num1): [27p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num7
8. Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. http://www.aytona.com/portal/download/Arti3.pdf
9. Culler KH. Áreas de ejecución en terapia ocupacional, manejo del hogar y la familia. En: Hopkins HL, Smith HD (eds.). Willard/Spackman Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 219-24.
10. Rivera C, Simó S. Organización del conocimiento en terapia ocupacional; una aproximación al paradigma. En: Polonio B, Durante P, Noya B (eds.). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 49-63.
11. Margallo PG. Definición y objetivos del análisis de la actividad. En: Margallo PG, San Juan M, Jorquera S, Navas I, (eds.). El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional. Madrid: Aytona editores; 2005. p. 50-9.
12. Moruno P. Una aproximación a la base conceptual de la terapia ocupacional. En: Romero DM, Moruno P (eds.). Terapia ocupacional; teoría y técnicas. Madrid: Masson; 2003. p. 79-93.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Introducción. Ginebra, 2001.
14. Robles MJ, Miralles R, Llorach I, Cervera AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad española de geriatría y gerontología (ed.). Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2007. p. 25-32.
15. Ruipérez I, Gómez J, Isach M, Sepúlveda D. Prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (ed.). Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2007. p. 69-82.
16. Yanguas J, Sancho MT, Leturia FJ. Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Durante P, Pedro P (eds.). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Ed. Masson; 1998. p. 59-66.
17. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de mayores. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Salud, dependencia y cuidados. Madrid, 2006.
18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de mayores. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Vida cotidiana: aportaciones y actividades. Madrid, 2006.

Capítulo 3

Perspectiva ocupacional de las personas mayores

J. Duque Pineda

"*El atardecer de una vida también debe tener un significado propio*
y no ser meramente
un triste apéndice del amanecer."
Carl G. Jung

En estudios realizados en los años 90 en Gran Bretaña[1-4] se concluyó que la atención de las personas de la tercera edad es del todo un campo impopular en la mayoría de las especialidades clínicas incluyendo psicología clínica, aéreas de rehabilitación física, ocupacional y trabajo social. Y, muy a pesar de que los ancianos son reconocidos como el segmento de población con mayores necesidades de atención y más desprotegidos, no existía un interés genuino por trabajar en dicho campo. Finalmente se reconocía que dicha aceptación de estereotipos negativos y prejuicios, redundaba en una mala práctica discriminatoria.

Al mismo tiempo, Lawton[5] aseguraba hace poco tiempo que "*hoy más que nunca la actitud en contra del envejecimiento se manifiesta con mayor intensidad*", principalmente en el campo de los profesionales de la salud debido a que la Gerontología aún no es reconocida por la totalidad de los profesionales como una especialidad. Y, además, el trabajo con la tercera edad se corresponde al de un estatus bajo y mal remunerado en la escala social y en la profesional.

Es frecuente que los ancianos sean rechazados debido a que su deterioro físico y psíquico se atribuye exclusivamente al proceso patológico del envejecimiento. Los mitos negativos y falsos estereotipos acrecientan este tipo de actitudes, centradas principalmente en las características físicas. Se suman las visiones nocivas de la vejez debidas a la extremada valoración de la imagen de juventud y vitalidad que se impone en los medios de comunicación.

Frente a esta corriente de pensamientos y actitudes se encuentra una posición completamente distinta: las personas mayores deben sentirse valoradas y reconocidas por su experiencia en la vida, deben tener la oportunidad de ser protagonistas de su condición y de poder de tomar las decisiones que consideren mas adecuadas en base a su situación personal y social. El envejecimiento activo[6], *proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*, es el marco ideal para la modificación de actitudes profesionales y la promoción activa de las personas mayores.

Para los profesionales que formamos parte de los diferentes recursos especializados en el trabajo gerontológico la práctica del envejecimiento activo está comenzando a generalizarse. Dentro del enfoque de atención interdisciplinar, la terapia ocupacional (TO) concibe a la persona mayor cono un miembro activo y participativo en su entorno social, cultural y espiritual. El principal objetivo es el de mejorar la capacidad de las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria (AVD); para cumplir sus funciones (ocupaciones) en su hogar y la comunidad; para ajustar la forma en que funcionan según las necesidades de edad relacionados con los cambios, trastornos o discapacidades y, por lo tanto, para mejorar su dignidad.

Mediante la TO se pueden beneficiar las personas mayores con discapacidades físicas, disfunción social o en situación de alto riesgo de desarrollarla. Dicha disfunción puede ser el resultado de condiciones tales como fractura de cadera, enfermedad pulmonar obstructiva crónica discapacitante o la artritis, los accidentes cerebrovasculares, trastornos emocionales (p. ej., depresión), o disfunciones sensoriales.

Cuando sea posible, el terapeuta ocupacional promueve en los pacientes la recuperación funcional suficiente, proyectando y habilitando, además, las ayudas técnicas y adaptaciones para seguir viviendo en su casa de forma independiente. Si fuera necesaria la institucionalización, el terapeuta ocupacional puede mantener y mejorar la funcionalidad e independencia tanto física como cognitiva. De este modo, los objetivos de la TO para algunos ancianos no pretenden la recuperación de la plena función pre-mórbida (que es una meta para la mayoría de los jóvenes), sino la optimización de los recursos existentes en el propio individuo y su entorno.

La terapia ocupacional también puede ayudar y habilitar a los pacientes en otros aspectos vitales, dependiendo de sus capacidades e intereses. Puede proporcionar estrategias para mejorar la capacidad del paciente para el trabajo (remunerado o voluntario). Los individuos pueden ser entrenados en las estrategias compensatorias que les permitan continuar sus actividades de ocio y tiempo libre.

Para reducir el riesgo de aislamiento social y sus consecuencias perjudiciales, el terapeuta ocupacional asiste a pacientes de edad avanzada para el mantenimiento de las actividades sociales y fomenta nuevos intereses. También proporciona estrategias para promover el aprendizaje y el mantenimiento de una mente activa; dichas estrategias inciden en la mejora de autoestima, factor que ayuda a prevenir la demencia precoz.

EL MODELO CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (*Canadian Model of Occupational Performance* –CMOP–)[7], establecido en 1997, describe el punto de vista de la terapia ocupacional sobre la relación dinámica entre las personas, su medio ambiente y la ocupación. Estos tres componentes: individuo, entorno y ocupación/actividad son utilizados para evaluar y promover el desempeño ocupacional (Fig. 1).

Es de destacar el hecho de que los terapeutas ocupacionales canadienses han creado este modelo de trabajo por consenso, merced a más de una década de esfuerzos a través de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT). El equipo de trabajo principal está

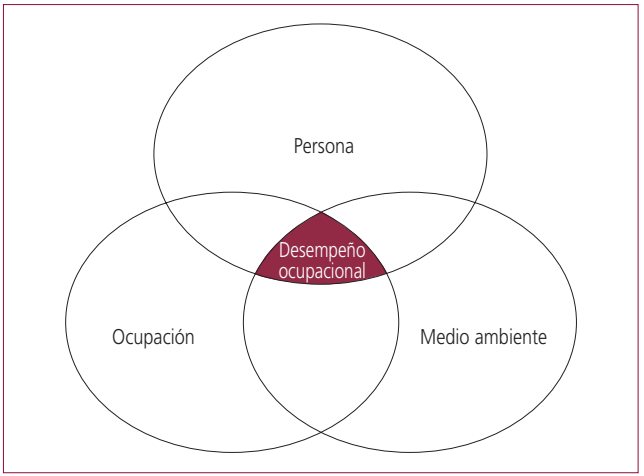

FIGURA 1. Esquema explicativo del desempeño ocupacional según el Modelo Canadiense de Desempeño ocupacional (Townsend E, et al. 1997[7].

formado por Elizabeth Townsend, Sue Stanton, Mary Law, Helene Polajatko, Sue Baptiste, Tracey Thompson-Franson, Christine Kramer, Fern Swedlove, Sharon Brintnell y Loredana Campanille.

Este modelo de trabajo es una herramienta válida y una ayuda excelente para desarrollar la práctica centrada de la profesión, de hecho el modelo emana de las guías elaboradas por la CAOT para una práctica centrada en el cliente (*Occupational therapy guidelines for client centred practice*, 1991)[8].

Para desarrollar la práctica centrada en la persona, los terapeutas ocupacionales canadienses también han creado un modelo procesal, el COPPM, que nos indica las fases de la intervención desde una perspectiva centrada en el cliente. Del mismo modo, se ha elaborado un instrumento de valoración, el COPM que mide la autopercepción del cliente sobre su desempeño y su satisfacción ocupacional.

Es importante no confundir los términos, a pesar de la similitud de las siglas:

- CMOP. Modelo canadiense del desempeño ocupacional (*Canadian Model of Occupational Performance*).
- COPPM. Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional (*Canadian Occupational Performance Process Model*). A veces sólo aparece como OPP.
- COPM. Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional (*Canadian Occupational Performance Measure*)[9].

Propósito del modelo

EL Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional se basa en una perspectiva centrada en la persona, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. El CMOP concibe a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar,

escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona.

Enabling Occupation más que dar pautas, invita a una profunda reflexión sobre la práctica terapéutica. *Enabling* se refiere al proceso de posibilitar, capacitar, facilitar, guiar, educar, promover, entrenar, escuchar, reflexionar, animar. Es la búsqueda de un protagonismo de la persona en su proceso de recuperación. Implica el comprender y desarrollar un tipo de relación con las personas y hacer un uso consciente del *self*.

Contexto del modelo

El modelo pretende dar respuesta a los cambios y desafíos que enfrentamos:

a) Cambios en los sistemas sociales y de salud.
   - a.1) Promoción de la salud.
   - a.2) Reformas de la salud.
   - a.3) Privatización.

b) Cambios en el conocimiento profesional.
   - b.1) Conocimientos sobre capacitación.
   - b.2) Conocimientos sobre ocupación.
   - b.3) Cambios en el paradigma.

c) Cambios en la sociedad.
   - c.1) Envejecimiento de la sociedad.
   - c.2) Diversidad multicultural.
   - c.3) Pobreza.
   - c.4) Desempleo.

d) Cambios en los valores sociales.
   - d.1) Participación ciudadana.
   - d.2) Igualdad de sexos.
   - d.3) Calidad de vida.
   - d.4) Inclusión social.

Como se puede apreciar, son cambios que no son ajenos a la realidad española. Realidades como el envejecimiento de la población, la diversidad cultural, el desempleo o la pobreza, por citar sólo los cambios sociales son compartidos por ambas sociedades.

Bonnie Sherr Klein (1995), en la conferencia inaugural de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, invitó a los terapeutas ocupacionales a convertirse en aliados con sus clientes. Lo hizo desde la perspectiva de una mujer que tiene limitaciones físicas resultantes de un infarto: "Las personas marginadas pueden lograr un sentido de conexión y de pertenencia a través de la actividad propositiva.

La terapia ocupacional es una profesión que ha declarado su convicción de construir comunidades donde las personas puedan desarrollar su potencial: cuando los terapeutas ocupacionales facilitan a las personas el desarrollo de su función ocupacional las están preparando para su integración activa en sus comunidades. Por ello, uno de los campos primordiales de la Terapia Ocupacional es el de la exclusión social".

La idea de la inclusión social ha ayudado a las personas con discapacidades físicas, mentales y de aprendizaje a rechazar etiquetas estigmatizantes o menospreciantes. Los diferentes grupos de personas con discapacidad quieren remover las etiquetas deshumanizantes, las cuales las tratan como objetos, como las del retrasado mental, el discapacitado o el viejo. En vez de ello, quieren ser reconocidos como personas primero, con calificativos añadidos tan solo si es necesario o apropiado en contextos específicos.

Los terapeutas ocupacionales enfatizan la bondad inherente de cada persona y reconocen la importancia de medio ambiente accesible y que suministren apoyo. Además, potencian un sentimiento de conexión y de pertenencia a través de incluir aquellos que han sido marginados, junto a otros, en ocupaciones significativas.

Conceptos centrales

El concepto central de este modelo de tratamiento es el rol que asume el terapeuta ocupacional. El rol primario es el de posibilitar la ocupación en las áreas de autocuidado, ocio y productividad. Implica un proceso de cooperación con el paciente y su familia. El rol secundario es de facilitar el cambio en los componentes de actuación y del medio ambiente. *Esto significa que el terapeuta colabora con la persona, pero no hace por la persona*, el terapeuta analiza la interacción dinámica entre la persona, su medio ambiente y la ocupación.

La terapia ocupacional es un proceso de fortalecimiento (*empowerment*) que se basa en la oferta de posibilidades y en potenciar la capacidad de elección de la persona, capacitando a ésta para promover estilos de vida independientes. A continuación se sintetizan los valores y creencias sobre los que se sustenta este modelo de práctica de terapia ocupacional.

Valores y creencias

Sobre la ocupación

- Da significado a la vida.
- Es un determinante de la salud y bienestar.
- Organiza el comportamiento.
- Cambia a través de la vida.
- Da forma y es moldeada por el medio ambiente.
- Posee valor terapéutico.

Sobre la persona

- Los seres humanos somos seres ocupacionales.
- Es única.
- Posee dignidad intrínseca.
- Puede hacer sus decisiones en la vida.
- Posee capacidad de autodeterminación.
- Posee habilidad para participar en las ocupaciones.
- Posee potencial de cambio.

- Son seres sociales y espirituales.
- Moldean y son moldeadas por el medio ambiente.

Sobre el medio ambiente
- Implica medio cultural, social, institucional, físico.
- La actuación, organización, elección, y satisfacción en las ocupacionales vienen determinadas por la relación con el medio.

Sobre la salud
- Es más que la ausencia de enfermedad.
- Está muy influenciada por la capacidad de control de las ocupaciones diarias.
- Posee una dimensión personal asociada al significado espiritual y a la satisfacción en las ocupaciones y dimensiones sociales asociadas con la igualdad de oportunidades en la ocupación.

Sobre la práctica centrada en el cliente
- Las personas poseen conocimiento sobre sus ocupaciones.
- Son compañeros activos en el proceso terapéutico.
- La toma de riesgos es necesario para el cambio positivo.
- La práctica centrada en el cliente se centra en capacitar y facilitar la ocupación.

Para poder aplicar este modelo debemos compartir estas creencias. El desafío es llevarlas a la práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed SM, Kraft IA, Porter DM. Attitudes of different professional groups toward geriatric patients. Gerontology and Geriatrics Education. 1986; 6 (4): 77-85.
2. Buckwalter KC, South M, Martin ME. Attitude problem. Nursing Times. 1993; 89 (5): 55-7.
3. Collison D. Nurses attitudes to the elderly are crucial. New Zealand Nursing Journal. 1992; 85 (4).
4. Jones S. Too old - living with age discrimination. Sydney: N.S.W. Council on the Ageing; 1989.
5. Lawton. High technology and the elderly: a mixed blessing. En: Mulligan MA (ed.). Overcoming the bias of ageism in long term care. New York: National League for Nursing; 1985.
6. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (S2):74-105.
7. Elizabeth A. Townsend, Helene J. Polatajko. Enabling occupation II: advancing a canadian occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. Canadian Association of Occupational Therapists. 2007.
8. Canadian Association of Occupational Therapists. Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Toronto, ON: CAOT Publications ACE; 1991.
9. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2004; 71 (4): 210-22.

SECCIÓN II

Clasificación de áreas ocupacionales y aplicaciones prácticas

Capítulo 4

Área de actividades de la vida diaria

A.I. Corregidor Sánchez, C. Gómez Calero

La repercusión que la enfermedad y la discapacidad pueden causar en el quehacer cotidiano de las personas es uno de los objetivos centrales de la terapia ocupacional. Desde sus inicios a principios de siglo hasta la actualidad, la clasificación, evaluación y tratamiento de las actividades de la vida diaria ha sido el eje central de la profesión.

Aunque hubo aproximaciones anteriores por Deaver[1] y Zimmerman[2] al concepto de actividades de la vida diaria, fue en el año 1978 cuando la Asociación Americana de Terapia Ocupacional elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos "*componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio*"[3].

A partir de esta primera definición el término de actividades de la vida diaria ha sido –y es en este momento– objeto de numerosas investigaciones con el fin de conseguir una clasificación pormenorizada y consonante con el momento social y cultural.

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la *American Occupational Therapy Association* (AOTA) define las actividades de la vida diaria como *las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo*[4]. También pueden denominarse actividades básicas de la vida diaria (ABDV) o actividades personales de la vida diaria (APVD)[4].

Este área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro.

El ámbito hospitalario, el domiciliario y el residencial son los contextos más habituales en los que el terapeuta ocupacional trabaja para frenar la pérdida de capacidades en el desempeño de estas actividades. Numerosos son los estudios que demuestran la pérdida de independencia en las ABVD que tiene lugar en las personas mayores durante un ingreso hospitalario[5-7].

A continuación se analizan cada una de las actividades básicas de la vida diaria y la contribución del terapeuta ocupacional para promover la autonomía en el desempeño y evitar la pérdida funcional. Los casos clínicos 1, 2, 3, 4, 5, ilustran de forma práctica este trabajo.

BAÑO, DUCHA

En esta actividad, el terapeuta ocupacional identifica como la persona mayor coge y usa los objetos con dicho fin: cómo se enjabona, cómo se aclara y cómo se seca las partes del cuerpo.

También observará cómo mantiene la posición durante el baño o ducha y la realización de transferencias a cada una de las superficies que sean necesarias (bañera, ducha, bidé)[4].

CASO 1.

María es una señora de 78 años de edad, diestra y ama de casa que ha sufrido un ictus y, como consecuencia, una hemiplejía derecha. Vive con su marido en el domicilio habitual de ambos.

Acude a terapia ocupacional (TO) porque quiere volver a comer, bañarse y vestirse sola. No quiere ser una carga para su marido.

El terapeuta ocupacional realiza una valoración en el domicilio, evaluando mediante observación la calidad de la ejecución de la realización de la tarea del baño, el vestido y la alimentación. Para ello, el TO le administra el AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*[8]).

En lo referente al baño, el TO observa las destrezas motoras y de procesamiento de María respecto al entorno, a la ubicación de los objetos y a la distribución del cuarto de baño.

Tras la evaluación, María presenta dificultades en:

- Entrar en la bañera (le pide ayuda al marido, quien la ayuda con dificultad).
- Mantener la posición de pie durante la realización del baño. A medida que transcurre el tiempo, se hace más evidente el riesgo de caída hacia el hemicuerpo afectado.
- Enjabonarse los pies, la espalda (no alcanza a dichas partes) y el miembro superior izquierdo (no sabe cómo realizarlo).
- Salir de la bañera.

Durante la observación se evidenció riesgo de caídas.

Tras esta observación *in situ*, el TO puede ayudar a María debido al tipo de bañera de su domicilio, mediante la colocación de una silla giratoria de baño para un correcto mantenimiento de la postura y evitar caídas. El terapeuta ocupacional le recomendaría dicho dispositivo y le entrenaría en la correcta utilización y colocación.

A María también se le propone la colocación de baldas situadas en espacios concretos dentro de su alcance para la colocación de los diferentes materiales: gel, champú, esponja, etc.

Otra intervención del terapeuta ocupacional va dirigida a la enseñanza de estrategias durante varias sesiones para que María aprenda a secarse y enjabonarse la espalda y los pies con una ayuda técnica, así como el lavado, aclarado y secado del miembro superior izquierdo. Le informa además de las posturas corporales con más riesgo con el objeto de prevenir accidentes o caídas.

Esta intervención fomenta la independencia en María para la realización del baño no necesitando la ayuda y presencia de su marido para tal fin. Y, además, previene posibles complicaciones, como posibles resbalones y caídas.

El terapeuta ocupacional puede ayudar a la persona mayor a seleccionar correctamente los objetos y materiales que debe utilizar (tales como gel, champú, esponja, mango de la ducha, etc.), teniendo en cuenta los hábitos previos del paciente. Asimismo, puede dotar de destrezas mediante el uso de estrategias y la propuesta de otros dispositivos externos para la independencia durante el baño o la ducha.

HIGIENE PERSONAL Y ASEO

La actividad de higiene personal y aseo es complementaria a la actividad de baño. Su frecuencia diaria es mayor que la del baño y está más relacionada con la apariencia externa. Requiere movimientos más finos y precisos a nivel de miembros superiores y demanda la utilización de más objetos que los utilizados en el baño.

La actividad de aseo incluye coger y usar los objetos para llevar a cabo el aseo; afeitado (utilización de cuchillas, pinzas, lociones, etc.); aplicar y limpiar productos cosméticos; lavar, secar, combinar, estilizar, cepillar y adornarse el pelo; cuidado de las uñas (de las manos y los pies); cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz; aplicación de desodorante; limpieza de la boca; cepillado y seda dental; colocar y limpiar ortesis y prótesis dentales[4].

En terapia ocupacional se puede ayudar a la persona para identificar las necesidades de aseo, proporcionar información y entrenamiento sobre las técnicas más adecuadas para realizar la actividad de forma independiente y segura. En la figura 1 se muestra un panel elaborado en el departamento de terapia ocupacional para el entrenamiento en la prensión y uso de utensilios de aseo. Los utensillos y envases de aseo están unidos al panel mediante velcros. El paciente en posición de bipedestación o sedestación utiliza el panel para practicar el manejo y uso de estos elementos necesarios para llevar a cabo el aseo diario. Prescribir utensilios adaptados como cepillos con mango engrosado o pinzas largas para cortar las uñas, también forma parte de la intervención ocupacional para incrementar el grado de autonomía y buen desempeño en estas actividades.

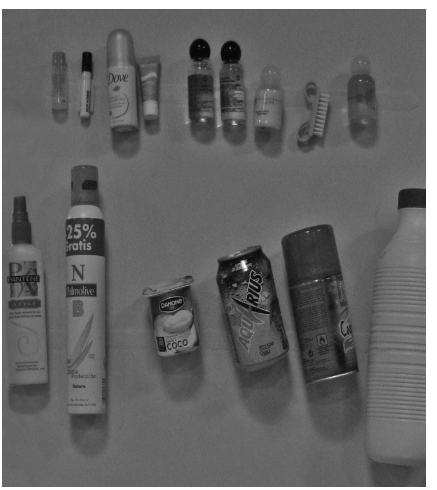

FIGURA 1. Panel con velcros para entrenamiento de la fuerza de agarre y pinza de objetos de aseo. Residencia de mayores de Benqueencia.

CUIDADO DE LA VEJIGA E INTESTINOS

En esta actividad de la vida diaria se incluye el control voluntario completo de los movimientos intestinales y de la vejiga y, si es necesario, el uso de equipamiento u otros dispositivos para el control de la vejiga[4].

Es importante destacar que la incontinencia urinaria no es un fenómeno normal en el proceso del envejecimiento, ya que es una función básica del organismo. Todo anciano sano debe mantener dicha función independientemente de la edad que tenga[9].

El terapeuta ocupacional puede ayudar al adulto mayor a manejar de forma higiénica los dispositivos de recolección de orina ante una situación de incontinencia. Además, puede ayudar

a la persona a estructurar temporalmente las actividades que tiene que realizar a lo largo del día para integrar las veces que tiene que ir al baño según la técnica de entrenamiento vesical elegida por el equipo de enfermería (Caso 2).

CASO 2.

Juan es un señor de 90 años de edad con incontinencia urinaria que vive en una residencia de ancianos desde hace 2 años. Hace dos meses le colocaron un colector externo de orina. Desde entonces necesita ayuda del personal de enfermería para que le vacíen la bolsa de orina, ya que tiene dificultades de coordinación bimanual.

En el centro residencial, Juan le comenta al médico el malestar que le genera depender de las cuidadoras para que le ayuden a vaciar la bolsa.

El geriatra deriva al paciente al servicio de terapia ocupacional de la residencia para que el terapeuta ocupacional le enseñe a vaciar correcta e higiénicamente el vaciado de dicho recolector.

El terapeuta ocupacional del centro le enseña la destreza necesaria para un vaciado de orina higiénico y la consecuente independencia en dicha actividad básica de la vida diaria.

HIGIENE DEL INODORO

La higiene del inodoro incluye coger y usar objetos para este fin; muda, mantenimiento de la posición del inodoro, transferirse hacia y desde la posición del inodoro; limpiarse el cuerpo; cuidado de las necesidades urinarias (incluyendo catéteres, colostomías y colocación de supositorios)[4].

En el departamento de terapia ocupacional se valora la existencia de limitaciones en los componentes neuromuscular y cognitivo que puedan dificultar una correcta higiene del inodoro. Posteriormente a esta exploración, la intervención ocupacional se basará fundamentalmente en el entrenamiento funcional para el mantenimiento del equilibrio y la transferencia al *wc*, alcanzar la amplitud articular suficiente para el manejo de objetos y limpieza higiénica y la práctica motriz en el manejo de colostomías y catéteres si fuera necesaria (Caso 3).

VESTIDO

Esta actividad personal de la vida diaria hace referencia a la capacidad de la persona mayor para seleccionar la ropa y los accesorios apropiados para el momento del día en el que se encuentra, el clima y la ocasión. Incluye también que la persona mayor obtenga ropa en una tienda, realice la acción de vestirse y desvestirse de manera secuencial, se abroche y ajuste la ropa y zapatos y se ponga o quite los dispositivos personales, prótesis u ortesis[4].

Desde terapia ocupacional se valora qué componentes (sensoriomotores, cognitivos o ambientales) de procesamiento y comunicativos) se encuentran afectados en el paciente y le impiden realizar con éxito la actividad del vestido. Es necesario, tras una exploración adecuada, una intervención correcta para recuperar los componentes afectados, ya sean sensoriomotores (coordinación, fuerza muscular, sensibilidad, rango articular, entre otros),

CASO 3.

Eloisa es una señora de 79 años de edad, ingresada en la unidad de cuidados paliativos por empeoramiento clínico de enfermedad neoplásica ósea. Eloisa es una gran aficionada a la pintura y en ingresos anteriores, desde terapia ocupacional, se prepararon los materiales y se acondicionó la habitación para que Eloisa pudiera continuar disfrutando de esta actividad.

En este último ingreso, Eloisa manifiesta su malestar cada vez que su hijo o su marido tienen que acompañarla al *wc* y limpiarla. La terapeuta ocupacional evalúa las limitaciones y las capacidades residuales de Eloisa para realizar esta actividad y detecta dificultades para realizar la transferencia de la silla de ruedas al *wc* y un ligero desequilibrio al alcanzar los objetos para la higiene íntima.

En el baño del departamento de terapia ocupacional se entrenan las destrezas necesarias para realizar la transferencia al *wc* utilizando una tabla Snake (Fig. 2) que asegure el proceso y evite posibles caidas. Se generaliza esta actividad en el baño de la habitación de Eloisa. Se recomienda tener el papel higiénico precortado y cercano al *wc*. De esta forma, Eloisa puede continuar realizando esta actividad y no precisar la ayuda de su marido o de su hijo, manteniendo la privacidad que este tipo de actividades requiere y eliminando el sentimiento de malestar por recibir la ayuda de su hijo en actividades tan íntimas.

FIGURA 2. Tabla de transferencias *SNAKE TRANSFER BOARD* con bordes que están terminados en forma de "gancho" para adaptarse a los reposabrazos de las sillas[13].

FIGURA 3. Alzas ajustables Legex, con superficie inferior redondeada y unas aletas interiores que permiten una mejor adaptación a las distintas formas de las patas[14].

cognitivos (memoria, praxia, orientación, atención, etc.) o psicosociales (autocontrol, intereses, manejo del tiempo). De no ser posible su recuperación, el terapeuta ocupacional optaría por enseñar estrategias compensatorias para paliar dicho déficit y que la persona continúe manteniendo la independencia.

Volvamos al ejemplo de la señora María (*véase apartado de baño y ducha*) para entender con un caso práctico las funciones de un terapeuta ocupacional (Caso 4).

CASO 4.

María demandó a su terapeuta ocupacional realizar el vestido de manera independiente. Cuando el t.o. observó durante la ejecución de la tarea, anotó las siguientes dificultades:

- Ponerse las medias.
- Abrocharse y ponerse el sostén.
- Vestido de prendas cerradas.
- Abrocharse los botones de la blusa.
- Subir cremalleras.
- Ponerse los zapatos.
- Ponerse y quitarse la chaqueta y el abrigo.

Tras analizar los gustos y prioridades de María, su terapeuta ocupacional le enseña diferentes estrategias para que pueda vestirse y desvestirse realizando un cambio de dominancia y entrenando nuevas técnicas.

También se adaptan las prendas de vestir, sustituyendo los botones por corchetes y velcros.

A María se la ofrece la utilización de algunas ayudas técnicas para el vestido y, posteriormente, se le enseña cómo usarlas: calzadores largos, abrochabotones, dispositivo para las medias, etc.

Por último, el t.o. se asegura de que María es capaz de percibir los riesgos y adoptar la posición correcta para no perder el equilibro. Se aconseja a María vestirse cerca de un asidero colocado en el baño y utilizarlo en el caso de desequilibrarse.

De esta manera, tampoco necesitará más a su marido para la realización de dicha actividad, dotándola de independencia y autonomía.

COMER

En el contexto de esta actividad, el terapeuta ocupacional valora e interviene en la habilidad que tiene la persona mayor para mantener y manipular comida y líquido en la boca y tragarlo posteriormente[4].

La disfagia es un trastorno frecuente en la población anciana. Esta alteración de la deglución está presente entre el 50 y el 65% de los pacientes ancianos institucionalizados, siendo más frecuente en personas mayores con patología neurodegenerativa y oncológica[10].

El envejecimiento de las estructuras implicadas en el proceso deglutorio favorece la aparición de disfagia en el paciente anciano: atrofia del hueso alveolar por dentadura mal adaptada, disminución de la coordinación en la faringe, problemas de salivación, enlentecimiento de reflejos y control neurológico del acto de la deglución[11]. Enfermedades como demencia, Parkinson, ACV, etc., pueden causar una dificultad para esta actividad de comer.

Desde terapia ocupacional se puede realizar una valoración del proceso de deglución para una posible intervención con el fin de evitar aspiraciones silentes y neumonías o fallecimiento por aspiración.

El abordaje consistirá principalmente en enseñar al paciente a mantener la postura adecuada para facilitar el manejo del bolo alimenticio en la boca y su posterior deglución; llevar a cabo técnicas para manejar, reagrupar y dirigir los trozos de comida hacia la parte posterior de la boca; y, por último, reeducación de la deglución siempre que sea posible con el objetivo de restaurar el proceso de tragar sólidos y/o líquidos correctamente sin riesgo para la salud[12].

CASO 5.

Andrés es un señor de 75 años diagnosticado de probable enfermedad de Alzheimer. Es moderadamente dependiente para todas las actividades de la vida diaria, requiriendo una supervisión y ayuda física constante durante la ejecución de las mismas. Vive en un centro residencial para la tercera edad cerca del domicilio de su hija mayor.

En los últimos dos meses ha tenido 4 infecciones respiratorias. Es derivado a terapia ocupacional por el geriatra del centro para una valoración de la deglución.

El terapeuta ocupacional de la residencia le administra un protocolo de valoración para detectar una posible disfagia. Además, obtiene información de los auxiliares de enfermería, de la familia y del propio paciente.

Durante la evaluación de la deglución se detecta una disfagia para líquidos, posible causa de las repetidas infecciones respiratorias que presenta debido a las recurrentes aspiraciones silentes.

El terapeuta ocupacional, tras una exhaustiva valoración de todas las estructuras y funciones implicadas en el proceso de deglución con diferentes texturas y cantidades, pauta una modificación en la textura y cantidades de los alimentos para que Andrés pueda llevar a cabo una deglución sin riesgos y que complementen una nutrición adecuada.

Se enseña al personal auxiliar a realizar las modificaciones oportunas con la cantidad concreta necesaria de aditivos espesantes que nuestro paciente necesita.

Se pauta un seguimiento de la evolución de la disfagia en Andrés cada 15 días para seguir adecuando el tipo de dieta a medida que avanza la enfermedad.

ALIMENTACIÓN

En la clasificación de las actividades de la vida diaria que nos ocupa, la actividad de comer se distingue de la actividad de alimentación. La actividad de *alimentación* contempla la manipulación de la comida en el interior de la cavidad bucal, mientras que la actividad de *comer* se refiere al proceso de llevar la comida a la boca (ya sean sólidos o líquidos), desde el plato o la taza a la boca y viceversa[4].

En la actividad de comer, el terapeuta ocupacional valora el grado de repercusión que tiene la patología o el proceso de envejecimiento en la ejecución de dicha tarea. Se enseña

al paciente mediante estrategias o el uso de ayudas externas, cómo realizar la actividad con éxito y sin ayuda de una tercera persona. En caso de que, por las características de la persona o su patología, ésta independencia total no fuese posible, el t.o. transmitirá al cuidador principal la mejor manera de realizarlo para que al menos la persona colabore en dicha actividad, controlando una buena postura del cuerpo en todo momento.

CASO 6.

Fina es una señora de 67 años de edad diagnosticada desde hace 5 de enfermedad de Parkinson. Vive con su hija y yerno. Acude a terapia ocupacional porque últimamente le cuesta más realizar la actividad de la alimentación, ya que los temblores han aumentado significativamente y derrama parte de la comida. También tiene dificultades cuando sujeta el plato de sopa con la otra mano para estabilizarlo.

Refiere que quiere seguir realizando dicha actividad todo el tiempo que sea posible sin depender de su hija.

Desde terapia ocupacional se observa la ejecución de las tareas: tomar una sopa, pelar fruta y cortar con el cuchillo y tenedor. Tras dicha valoración, se le asesora sobre el uso de diferentes ayudas técnicas (antideslizantes para platos, cubiertos que pesan más) y estrategias para cortar los alimentos. Se le realiza una tabla con pinchos casera para que pueda colocar la fruta y ser pelada con un pelapatatas.

Tras esta intervención y dos sesiones de entrenamiento, Fina realiza la actividad con éxito y con una mejora de calidad en sus movimientos.

Se propone un seguimiento en un mes para ver si la evolución de la enfermedad ha influido en otros aspectos de la alimentación o en la ejecución de otras AVD.

Muchos son los ancianos que no pueden realizar algunas de las tareas que componen la AVD de la alimentación. Entre ellas se encuentran: cortar con el cuchillo y tenedor, pelar fruta, llevar una cuchara con sopa u otro líquido o semilíquido sin que se derrame por el camino, echar agua desde la jarra al vaso, etc.

MOVILIDAD FUNCIONAL

La movilidad funcional es una de las actividades de la vida diaria más valorada por las personas mayores con algún grado de dependencia, ya que su consecución es necesaria para llevar a cabo el resto de actividades diarias. Esta actividad incluye moverse de una posición a otra (durante el desempeño de cualquier actividad), tal como la movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, trasferencias, deambulación y transporte de objetos[4].

En esta actividad, el terapeuta valora la capacidad de la persona mayor para mantener una postura determinada (ya sea tumbado, en sedestación o bipedestación) y la habilidad para cambiar esta postura hacia otra deseada. El paso de una postura puede ser un cambio difícil cuando las destrezas sensoriomotoras se ven mermadas o se han perdido a

causa de una enfermedad. Además, cuando la transferencia implica cambio de superficie (p. ej., de cama a sillón geriátrico, de silla de ruedas a retrete o paso de sedestación a bipedestación), la dificultad se incrementa y la capacidad motora y visuoespacial se hace imprescindible.

El terapeuta ocupacional se encargará de enseñar al paciente/cuidador principal a disponer las superficies de transferencia de la forma más apropiada (paralelas entre si, en ángulo de 90 grados, etc.) a las potencialidades y limitaciones de la persona. También entrenará la técnica más adecuada con el consiguiente movimiento corporal y traslado de peso.

La prescripción de productos de apoyo para transferencia y giro en base a la clasificación de la nueva norma UNE EN ISO 9999, es otra práctica habitual que contribuye a mejorar y asegurar el desempeño de las transferencias. La utilización de tablas de transferencias o elevadores de sillas/camas, como los que aparecen en las figuras 2 y 3, respectivamente, facilitan el paso de una posición a otra.

CASO 7.

Germán es un señor de 74 años de edad, casado y con dos hijas que residen en su misma ciudad. Diagnosticado de Parkinson desde hace seis años, asiste a un Centro de Día con el objetivo de mantener las capacidades residuales y prevenir un deterioro mayor.

Germán, de profesión bibliotecario, deambula con ayuda de un bastón y presenta bloqueos frecuentes con dificultad para vencerlos. Dado el incremento en la dificultad de la movilidad funcional, el geriatra deriva a Germán a terapia ocupacional para una reevaluación de su situación.

En el proceso de valoración cuando el terapeuta ocupacional pregunta sobre las expectativas que tiene Germán respecto al tratamiento, éste informa sentirse bien con las actividades ocupacionales que realiza en el centro (colabora en el archivo de revistas y está creando una pequeña biblioteca con donaciones de libros) pero manifiesta sentir angustia a primera hora de la mañana, cuando no puede levantarse de la cama y su mujer carece de la fuerza necesaria para ayudarle. A este comienzo matinal, se suman las complicaciones para entrar/salir de la furgoneta del centro.

En la observación directa de las actividades problema: deambulación, manejo del bastón, transferencias de sedestación a bipedestación y entrada y salida de la furgoneta, el terapeuta detecta:

- Incorrecta utilización del bastón en el patrón de marcha y la ausencia de apoyo.
- Dificultad para levantarse de la silla y de la cama.
- Dificultad para controlar la caída en el asiento.
- Limitaciones para subir a la furgoneta, no presentes en el momento de la bajada.
- Bloqueos frecuentes de la marcha cuando la trayectoria de la marcha precisa girar.

Se proponen a Germán y a su familia las siguientes intervenciones:

1. Mantener el bastón para la deambulación. Entrenar cada mañana al llegar al centro el patrón del patrón de marcha en tres puntos, insistiendo en el apoyo útil del bastón. Se

enseñará a la esposa de Germán y a una de sus hijas cual es la secuencia correcta en el uso del bastón.
2. Enseñar y entrenar técnica de transferencia para pasar de sedestación a bipedestación y viceversa. Recomendar elevar la altura de las sillas a través de conos elevadores (Fig. 3) para facilitar la transferencia.
3. Recomendar la utilización de una escala de cuerda para incorporarse en la cama[15].
4. Entrenamiento de técnicas mentales de ejecución y técnicas motoras para mejorar la transferencia de subida a la furgoneta. Organizar además la salida del centro para que Germán sea el primer usuario en subir a la furgoneta sin que estén presentes otros usuarios. con esta media se disminuirá el componente de estrés social.
5. Enseñar y entrenar técnicas de giro amplio tanto a Germán como a sus cuidadores directos.

CUIDADO DE LAS AYUDAS TÉCNICAS PERSONALES

Supone una novedad incluir el cuidado de las ayudas técnicas personales en la clasificación de la vida diaria. A pesar de la importante contribución de las ayudas técnicas al mantenimiento de la autonomía, no suelen ser recogidas por las escalas de valoración tradicionales.

Esta actividad incluye el uso, limpieza y mantenimiento de los objetos personales, como audífonos, lentillas, gafas, ortesis, prótesis, o equipamiento adaptado[4].

El terapeuta ocupacional puede ayudar a la persona mayor a colocar y utilizar correctamente cada una de las ayudas técnicas que necesite así como identificar la necesidad de cuidado de las mismas. Este entrenamiento es especialmente útil en ayudas técnicas que precisan revisiones frecuentes, como son los audífonos, gafas o equipamiento del hogar.

CASO 8.

Alicia es una señora de 82 años de edad. Enviudó hace tres años y reside en su domicilio con el apoyo de un auxiliar de ayuda a domicilio que le ayuda principalmente en actividades instrumentales relacionadas con el mantenimiento del hogar y la compra. Alicia es independiente en el desempeño de actividades básicas de la vida diaria, a pesar de la deformidad articular secundaria a la artritis reumatoide que padece.

El incremento de dolor en las últimas semanas ha provocado la derivación por parte del médico geriatra a terapia ocupacional para proporcionar pautas de protección articular y confeccionar una férula de reposo.

En el departamento de terapia ocupacional del hospital después de la valoración osteomuscular se enseñan a Alicia las normas de protección articular y su aplicación a los movimientos de las actividades cotidianas. También confecciona dos férulas, una férula

postural de reposo nocturno (colocación de dedos sin ejercer tracción) y una férula estabilizadora de muñeca y contención del dedo índice[16]. De forma complementaria, la terapeuta ocupacional se asegura de que Alicia comprende la importancia del cuidado y limpieza del material termoplástico del que se ha confeccionado la férula y establece con ella un *planning* de revisión y limpieza.

ACTIVIDAD SEXUAL

Esta actividad hace referencia a la capacidad para involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual[4].

La sexualidad humana es un fenómeno multidimensional, que se inicia con la vida de la persona, que se desarrolla a lo largo de la infancia y adolescencia y alcanza su madurez durante la vida adulta y edades avanzadas. Es un factor importante que contribuye a la calidad de vida y a la sensación de bienestar.

Enfermedad, discapacidad, dolor o efectos secundarios de fármacos pueden impedir a la persona mayor alcanzar la satisfacción sexual plena. Las variables más importantes en el mantenimiento de la actividad sexual en las personas mayores son la situación civil (estar casado), no tener deterioro cognitivo y tener un nivel educativo alto, ser autosuficiente y estar satisfecho con la vida actual. Además, en los hombres influye la ausencia de artrosis y el mantenimiento de un funcionamiento social para mantener el interés y la actividad sexual mientras que en mujeres lo que influye es la ausencia de depresión y ansiedad[17].

A esta situación se suma la dificultad que tienen los profesionales de la salud para abordar este tema. Un estudio llevado a cabo por Goot (2004)[18] demostró la presencia de estereotipos y actitudes negativas de profesionales sanitarios referidas a la sexualidad en las personas mayores. Los participantes reconocían que tendían a pensar en el sexo como algo menos importante y relevante que otras cuestiones. Con anterioridad, Steinke (1997)[19] comprobó en un estudio realizado con personal que trabajaba en varias residencias de ancianos el profundo desconocimiento de la sexualidad en la vejez, así como de cuáles deberían ser sus actuaciones como profesionales.

Desde el departamento de terapia ocupacional puede ayudarse a la persona mayor para la disposición del espacio y el logro de privacidad, así como la adopción de posturas cómodas en relación a las limitaciones de su enfermedad para obtener satisfacción sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenwood R, Barnes M, McMillan T, Christopher D, Ward C. Neurological Rehabilitation. London: Psychology Press; 1997.
2. Reed K, Nelson S. Concepts of Occupational Therapy. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p. 146.
3. Moruno P. Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P, Romero DM (eds.). Actividades de la Vida Diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 7.

4. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
5. Sager MA, Franke T, Inouye SK, landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. Arch Intern Med. 1996; 156: 645-52.
6. Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez PM, Luengo C, Domínguez L, et al. Pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2007; 42 (4): 201-11.
7. Vidan Astiz MT, Sánchez García E, Alonso Armesto M, Montero Errasquin B, Martínez de la Casa A, Ortiz FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43 (3): 133-8.
8. Fisher A. Assessment of motor and process skills. Development, standardization, and administration manual. 5th ed. Vol. 1. Colorado: Three Star Press Inc.; 2003.
9. Verdejo C. Incontinencia y retención urinaria. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007. p. 151.
10. Jiménez C. Corregidor AI, Gutiérrez C. Disfagia. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007. p. 546.
11. Bleeckx D. Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. Madrid: Mc Graw Hill; 2004.
12. Florence S. Cromwell. Occupational therapy for people with eating dysfunctions. Kentucky: Routledge; 1986. p. 14-20.
13. CEAPAT: Catálogo de productos de apoyo. Disponible en http://www.catalogoceapat.org/clasificacion/12/31/03?pagina=2#productList
14. TECNUM. Catálogo de Ayudas Técnicas. Disponible en http://www.tecnum.net/alzas.htm
15. Escala de cuerda [Clasificación 123112]. Catalogo Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPTAT).
16. Chapinal Jiménez A (2003). Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en terapia ocupacional. Barcelona: Masson; 1993. p. 55.
17. Buono, Zaghi, Padoani, Scocco, Urciuoli, Pauro y De Leo. Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106-year-olds. Archives of Gerontology and Geriatric. 1998; 26 (suppl. 1): 155-62.
18. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Social Science & Medicine. 2004; 58 (11): 2093-103.
19. Steinke EE. Sexuality in aging: implications for nursing facility staff. The Journal of Continuing Education in Nursing. 1997; 28 (2): 59-63.

Capítulo 5

Área de actividades instrumentales de la vida diaria

P. Sánchez Herrera Baeza, J. Alegre Ayala

Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas las actividades orientadas a la interacción con el medio, son a menudo complejas y generalmente opcionales para hacer (se pueden delegar en otros)[1].

La terapia ocupacional contempla diez actividades dentro de este área ocupacional: cuidado de otros, cuidar de los nietos, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de salud y manutención, crear y mantener un hogar, preparación de la comida y limpieza, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia, ir de compras. Todas ellas se van a definir a lo largo de este capítulo según la clasificación de *American Occupational Therapy Association* (AOTA) 2008[1].

La evaluación de las distintas actividades instrumentales de la vida diaria se realiza a través de diversas escalas estandarizadas con el fin de cuantificar el grado de competencia y capacidad en el desempeño de cada actividad. Lo resultados obtenidos en la escala permiten transmitir una información uniforme al emplear un lenguaje común para todos los profesionales[2].

Una de las escalas más utilizada que evalúa las actividades de la vida diaria es la escala de Lawton[3]. En terapia ocupacional se utiliza esta escala para valorar los déficits que dificultan la ejecución correcta de estas actividades. Pero el índice de Lawton no contempla entre sus ítems todas las actividades que forman parte de la nueva clasificación del marco de trabajo de terapia ocupacional[1]. Éste es el caso de actividades como el cuidado de otros, cuidado de la salud, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia. Por esto motivo, el terapeuta ocupacional también utiliza otras escalas propias de la profesión y que valoran de una forma más exhaustiva la realización de estas actividades. Una de estas escalas es el caso de *Assesment Motor and Process Skills* (AMPS), que evalúa actividades motoras, de procesamiento y comunicativas.

Según una encuesta realizada por el IMSERSO en el año 2006, un 24,9% de la población mayor española tiene problemas y precisa ayuda en las actividades cotidianas y un 75,1% está libre de ellos pero, cuando se les pregunta si tienen algún tipo de limitación en la realización de las mismas, la mayoría reconoce haberlo tenido. Entre los 65 y 74 años sólo el 11,8% de los españoles tienen dificultades para realizar alguna actividad, pero sube al 66,7% entre los de edad más avanzada (más de 85 años) (IMSERSO-CIS, 2006)[4]. El papel de la terapia ocupacional es importante ya que realiza una intervención en cada actividad identificando los problemas y ayudando a resolverlos.

CUIDADO DE OTROS

La actividad clasificada como cuidado de otros se refiere a la capacidad para preparar, supervisar o proveer el cuidado de otros[1].

Entre la población mayor es frecuente encontrar que uno de los cónyuges asuma el cuidado del otro[5] o de un hijo si éste sufre algún tipo de discapacidad.

Tanto el avance de la patología de la persona dependiente del cuidador informal, como la pérdida de capacidad funcional de la persona mayor que ejerce los cuidados –fruto de las limitaciones producidas por el envejecimiento o sus propias enfermedades– producen a menudo que este tipo de actividad no pueda ser desempeñada con eficacia.

El terapeuta ocupacional puede asesorar, informar y abordar las destrezas del cuidador para que la actividad se realice de la mejor forma posible.

Paula es una mujer de 75 años de edad con gonartrosis bilateral de larga evolución. Cuida de su marido, que se encuentra inmovilizado en cama en una fase avanzada de la enfermedad de Alzheimer.

De todas la tareas que exige esta actividad de cuidado, Paula manifiesta que la más costosa es la de realizar las transferencias al sillón, la de lavarle y vestirle, por la escasa movilidad y rigidez articular que presenta su marido.

La terapeuta ocupacional domiciliaria enseña a Paula las técnicas para movilizar a su marido en la cama y la mejor forma de transferirle utilizando las normas de economía y protección articular. Informa también a Paula de la conveniencia de utilizar una grúa para prevenir lesiones musculoesqueléticas y poder desempeñar más cómodamente los cuidados.

Respecto al vestido, la terapeuta ocupacional enseña a Paula las técnicas de vestido y el tipo de ropa más fácil de vestir/desvestir para conseguir que la actividad se realice en menos tiempo y con el menor coste energético.

CRIAR A LOS NIÑOS/ CUIDAR DE LOS NIETOS

El marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional[1] clasifica la actividad "criar niños" como una actividad instrumental distinta a la actividad "cuidado de otros" por la especificidad que esta primera requiere. Las nuevas tendencias sociales han provocado que las personas mayores adquieren un protagonismo creciente en el cuidado de los nietos, por este motivo se ha decidido adaptar el significado originario de la actividad *criar niños* al de *cuidar de los nietos*.

La actividad de cuidar nietos requiere capacidad para proveer el cuidado y sostener el desarrollo de las necesidades de los niños[1].

En la actualidad la cifra de personas mayores que asumen el cuidado de sus nietos mientras los padres trabajan es de uno de cada cuatro (24,9%). De éstos, un 55,7% son mujeres y un 44,3% son varones. Además, el 43,3% de las personas que cuidan a sus nietos en la actualidad lo hacen todos los días y uno de cada tres (30,9%), varias veces a la semana[6]. Esta situación podría suponer una sobrecarga para la persona mayor, con efectos negativos, como aparición de estrés, problemas en la salud física y en la psíquica.

La intervención de la terapia ocupacional consiste en ayudar a la persona mayor en la obtención de un equilibrio ocupacional entre las actividades básicas, instrumentales, de ocio y participación social, y dotar a las personas mayores que lo requieran de las destrezas necesarias para llevar a cabo este rol.

Felisa es una mujer viuda de 66 años que cuida de sus dos nietos, de 6 y 1 año de edad, porque sus padres trabajan todo el día fuera de casa. Acude al departamento de terapia ocupacional porque cree que no presta la atención adecuada a sus dos nietos. No sabe manejar situaciones como decir que "no" ante la petición diaria de merendar chocolate y debe estar pendiente de ellos continuamente.

La intervención del terapeuta se centra en reestructurar las tareas a realizar con sus nietos y en el manejo de situaciones conflictivas. De igual forma se cita a la familia para buscar entre todos un reparto de tareas que posibilite encontrar un equilibrio ocupacional entre las tareas demandadas por el rol de cuidadora y otros roles que Felisa quiera seguir desarrollando.

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

El uso de nuevas tecnologías contempla la utilización de equipos o sistemas para escribir, teléfonos, máquinas de escribir, ordenadores, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritura en Braille, dispositivos de telecomunicación y sistemas de comunicación aumentativa para mandar y recibir información[1].

La utilización del teléfono es una de las actividades instrumentales que habitualmente suelen ocasionar problemas para su manejo en las personas mayores. Según una encuesta realizada por el IMSERSO-CIS en el año 2006, el 6,4% de las mujeres y el 4,2% de los hombres tienen dificultades en su manejo, motivadas por pérdidas sensoriales (auditivas, visuales), reducción de la capacidad cognitiva o pérdida de la destreza manipulativa[7].

Desde terapia ocupacional se proporciona el entrenamiento necesario para dotar de conocimientos a las personas mayores para el manejo de las nuevas tecnologías que se deseen utilizar. De igual forma, la adaptación de estos dispositivos para hacerlos más accesibles también forma parte de las funciones del terapeuta ocupacional.

Félix es un hombre de 84 años de edad, que reside con su mujer en su domicilio. Tiene pérdida de la agudeza visual por retinopatía diabética, y presenta dificultades para manejar el teléfono de línea fija.

El geriatra que forma parte del equipo de atención domiciliaria deriva el caso a terapia ocupacional con el objetivo de mejorar la comunicación del matrimonio con sus hijos.

En la valoración domiciliaria, la terapeuta ocupacional detecta que Félix no puede discriminar las teclas, ni la pantalla ni acceder a la agenda. Esta limitación viene dada por la disminución de la agudeza visual de Félix, por el tamaño pequeño de las teclas del teléfono y por la ubicación de éste en el domicilio, ya que está situado en el pasillo de la casa, una zona

de la casa sin luz natural. En la misma visita, Brígida, la mujer de Félix, también informa de sus dificultades para manejar el teléfono móvil que le regalaron sus hijos.

El terapeuta ocupacional informa de la necesidad de cambiar el teléfono fijo hacia una zona de la casa que reciba más luz. También seria conveniente modificar el tipo de teléfono por uno teléfono con teclas de grandes dimensiones, similar al de la figura 1. El terapeuta ocupacional analiza el destino y frecuencia de las llamadas del matrimonio para configurar cuatro accesos directos. Pide a Félix y Brígida tres fotos de las personas a las que más frecuentemente llame. Estas fotos y un icono de emergencia se colocan en el teléfono para facilitar el marcado de los números. Se practican las destrezas necesarias para el manejo del nuevo teléfono.

Respecto al teléfono móvil de Brígida, se recomienda la utilización de un teléfono móvil con tapa (Fig. 2), por ser más fácil para Brígida la praxia de abrir/cerrar para descolgar/colgar que la de pulsar una determinada tecla. En este teléfono móvil se memoriza en cada número los números que frecuentemente marca Brígida. El terapeuta ocupacional de nuevo practica y entrena con ella estas destrezas, para asegurarse del afianzamiento del número hábito.

FIGURA 1. Distintos tipos de teléfonos fijos adaptados para compensar el déficit visual.

FIGURA 2. Teléfono móvil con tapa, más fácil de accionar.

MOVILIDAD EN LA COMUNIDAD

La movilidad en la comunidad se refiere a moverse por sí sólo en la comunidad y usar el transporte público o privado, ya sea conducir o acceder a los autobuses, taxis u otros sistemas de transporte público[1].

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, el 16,8% de las mujeres y el 7% de los hombres necesitan ayuda en la movilidad[8]. Esto indica que un gran porcentaje de personas no pueden desplazarse de un lugar a otro dentro de una comunidad, por dificultades para coger el transporte público o el uso del vehículo propio, ocasionado por pérdidas sensoriales, disminución de reflejos, dificultades para la coordinación de movimientos, reducción de amplitud articular y alteraciones cognitivas.

Desde terapia ocupacional se ayuda en el desarrollo de esta actividad, proporcionando pautas de higiene postural, aplicación de ayudas técnicas en el vehículo, intervención mediante planificación de rutas y su recorrido.

María es una mujer de 75 años, con un gran interés por la pintura. Se desplaza tres veces a la semana a un centro cultural de otro barrio. Últimamente tiene dificultad para acudir al taller de pintura, porque se ha perdido en varias ocasiones al utilizar el autobús.

La intervención ocupacional va dirigida a fomentar y evaluar los motivos de esta pérdida y a potenciar el conocimiento de las rutas apropiadas entre su domicilio y el centro cultural (número de línea, horarios de paso y recorrido que hace cada autobús) y su uso mediante el entrenamiento en la utilización de ese transporte público *in situ*.

MANEJO DE TEMAS FINANCIEROS

Usar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacciones financieras y planificar o usar finanzas con objetivos a largo y corto plazos[1].

Los problemas de movilidad (incapacidad para acudir al lugar donde debe resolver el trámite económico) más el deterioro cognitivo que contribuye a perder la capacidad para decidir sobre asuntos monetarios dificultan el manejo de finanzas en las personas mayores. Estudios realizados por el IMSERSO-CIS en el año 2006 exponen que un 10% de las mujeres requieren ayuda frente al 5% de los hombres[2].

Desde terapia ocupacional se incide en mejorar la movilidad funcional y comunitaria y la intervención para manejar el dinero y gestiones ordinarias.

David es un señor de 71 años de edad, viudo recientemente. Acude a un centro municipal en el que juega al billar español desde hace varios años. Desde terapia ocupacional se está trabajando con David la adaptación a esta nueva situación y el desarrollo de roles y actividades que anteriormente al fallecimiento de su mujer no realizaba. Una de estas actividades es el manejo de temas financieros relativos al mantenimiento del hogar. Una vez a la semana, la terapeuta ocupacional del centro ha pactado una sesión de tratamiento para abordar los aspectos relacionados con el manejo de recibos. Se tratará en estas sesiones el tipo de recibos, la comprensión de la información, la frecuencia de los mismos, los plazos y la forma de pago.

De esta forma, el terapeuta ocupacional ayuda a David a estructurar el mantenimiento del hogar y el manejo de finanzas relacionado.

CUIDADO DE SALUD Y MANUTENCIÓN

Esta actividad se refiere al desarrollo, mantenimiento y control de rutinas para la salud y la promoción del bienestar (salud física, nutrición, disminución de las conductas de riesgo para la salud y rutinas de medicación)[1].

Las personas mayores suelen encontrar serios problemas para manejar adecuadamente la medicación, puesto que en muchas ocasiones se encuentran con gran número de fármacos y complejos de manejar.

La intervención se centra en proporcionar información de la utilidad de los medicamentos y dotar de ayudas técnicas para mejorar su administración.

Fernando es un hombre de 88 años de edad que suele olvidar la toma de ciertos fármacos por problemas para organizar la toma. Se sospecha la presencia de deterioro cognitivo por parte de los profesionales del Centro de Día.

Dada la importancia de la toma de medicación, desde terapia ocupacional se acuerda entrenar con Fernando la utilización de un dosificador semanal de medicación adaptado con señales acústicas a las 9:00 de la mañana que indiquen la toma de medicación.

CREAR Y MANTENER UN HOGAR

Crear y mantener un hogar contempla la obtención y mantenimiento de las posesiones personales y domésticas y del entorno, incluyendo el mantenimiento y reparación de las posesiones personales y conocer como solicitar ayuda o con quién ponerse en contacto[1].

Debido a las discapacidades funcionales (disminución de fuerza, incapacidad de realizar movimientos de flexo-extensión de tronco, disminución del arco articular…) suelen aparecer problemas en la ejecución de estas actividades ya que muchas de ellas requieren un buen estado físico para poder ejecutarlas.

Desde terapia ocupacional se recomienda el uso de ayudas técnicas, una adaptación del entorno y recomendación de técnicas ahorro energético y economía articular para facilitar la ejecución de las mismas.

Petra es una mujer de 76 años de edad diagnosticada de osteoporosis presenta dificultades para barrer y fregar el suelo de su casa por aparición de dolor a nivel lumbar y fatiga. Su fisioterapeuta le deriva al departamento de terapia ocupacional para realizar una valoración y posible intervención.

El terapeuta ocupacional, tras una valoración, propone una adaptación del mango de la fregona y el cepillo para evitar la flexión del tronco y mantener una posición más erguida. También elabora junto a Petra un *planning* semanal para el reparto de tareas de limpieza con el objeto de compensar la fatiga.

PREPARACIÓN DE LA COMIDA Y LIMPIEZA

La preparación de la comida y limpieza incluye planificación, preparación, servir comidas equilibradas y nutritivas y limpieza de los utensilios después de las comidas[1].

Un gran número de personas mayores tienen dificultades para planificar y desarrollar un menú equilibrado y ajustado a sus necesidades, y presentan problemas musculares u osteoarticulares que le limitan la actividad, según la Encuesta Nacional de Salud 2003, un 17,7% de las mujeres y un 5,2% de los hombres[8].

El terapeuta ocupacional valora el desarrollo de la actividad proporcionando ayudas técnicas, pautas de higiene postural, de economía articular y los conocimientos adecuados para desarrollar menús adecuados a sus necesidades.

PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y RESPUESTAS DE EMERGENCIA

Es el conocimiento y desarrollo de procesos preventivos para mantener un entorno seguro que incluya el reconocimiento de situaciones repentinas y peligros inesperados y el inicio de acciones de emergencia para reducir la amenaza a la salud y a la seguridad[1].

Según el Informe Anual EHLASS (Instituto Nacional de Consumo, 1997), el 13,3% de los accidentes se produjeron en personas mayores de 65 años[5]. Esto es fundamentalmente causa de las pérdidas sensoriales y limitaciones articulares que padecen las personas ancianas, además de dificultades en la resolución de problemas que les impide actuar con rapidez si surgiera una emergencia.

La intervención ocupacional en este ámbito es doble. Una primera línea de intervención se basa en el chequeo de riesgos que pueda presentar el hogar y la eliminación de éstos. La segunda línea de acción va dirigida a la formación de las personas mayores para identificar posibles riesgos y las pautas de respuestas ante los mismos. La dotación de un equipo de emergencia adecuado a las necesidades del hogar y la programación de con quién debe contactar la persona si surge una emergencia (familiares más cercanos, hospital, ambulancias…) es una de las intervenciones más frecuentes.

Manuel es un señor de 75 años de edad que vive con su mujer en su domicilio particular. En el último año ha presentado tres caídas sin consecuencias graves. El geriatra deriva el caso a terapia ocupacional para la valoración del domicilio.

La terapeuta ocupacional visita el domicilio, realiza una valoración del mismo, prestando especial atención a los lugares en los que tuvieron lugar las tres caídas identificadas, para poder establecer las recomendaciones pertinentes. Además, pacta con Manuel la asistencia al departamento de terapia ocupacional del hospital tres veces a la semana durante un mes para realizar una valoración más exhaustiva de los componentes sensoro-motores y de procesamiento.

Respecto a los procedimientos de emergencia, la terapeuta ocupacional se interesa por cómo fue la resolución de la caída y cómo Manual consiguió levantarse del suelo. En ninguno de los tres casos, Manuel pudo levantarse del suelo, sino que consiguió arrastrase hasta el teléfono para avisar a una de sus hijas que reside en el mismo barrio. Dada esta situación, la terapeuta ocupacional se encarga de enseñar y practicar con Manuel el procedimiento para levantarse del suelo y solicita la hija una entrevista para conocer los detalles de estas caídas.

IR DE COMPRAS

La actividad ir de compras se refiere a la preparación de listas de compras (de alimentos y otros); selección y compra de artículos; selección de métodos de pago y realización de transacciones de dinero[1].

Las dificultades que pueden encontrar las personas mayores al realizar esta actividad es en planificar los productos que tienen que comprar, manejar cantidades de dinero, desplazarse hasta el establecimiento y transportar la compra hasta el domicilio, debido al deterioro cognitivo y a los problemas de movilidad.

La intervención se centra en mejorar la movilidad funcional, las capacidades cognitivas, proporcionar ayudas técnicas y pautas de higiene postural para facilitar el transporte.

Víctor es un hombre de 79 años de edad, diagnosticado de EPOC, no puede ir de compras porque el establecimiento más cercano está a 10 minutos de su casa y se fatiga, por lo que es su mujer la que se encarga de realizar esta tarea.

Se le recomienda que en el trayecto realice descansos cuando ande unos pocos metros y que salga con tiempo de su casa. También usar un carrito con ruedas para facilitar el transporte de las bolsas con fácil agarre para disminuir el peso en los brazos y la fatiga, y se le entrena en el uso del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. The American Journal of Occupational Therapy. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
2. Pérez-Brown D, Romero DM, Cantero PA, Moruno P, Ávila A, Corregidor AI. Herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P, Romero DM (eds.). Actividades de la vida diaria. Barcelona: Editorial Masson; 2006. p. 77-178.
3. Lawton MP, Brody J. Assessment of older people:self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontogits. 1969; 9: 179-86.
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de mayores: a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Salud, dependencia y cuidados. Madrid, 2006.
5. Corregidor AI. Actividades de la vida diaria en geriatría. En: Moruno P, Romero DM (eds.). Actividades de la vida diaria. Barcelona: Editorial Masson; 2006. p. 349-71.
6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de mayores: a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Vida cotidiana: aportaciones y actividades. Madrid, 2006.
7. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de mayores: a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. El entorno residencial. Madrid, 2006.
8. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Madrid: IMSERSO; 2003.

Capítulo 6

Área de participación social

L.F. Rodríguez Fairen

El área ocupacional de participación social está conformada y orientada hacia todas aquellas actividades asociadas a patrones de conducta, característicos y esperados en una interacción individual o colectiva con otros dentro de un sistema social dado[1].

La participación social y la educación de las personas mayores, es un eje central del paradigma **envejecimiento activo** y es aquí donde se descubren y palpitan, saliendo a flote, las desigualdades sociales y las diferencias entre los individuos[2].

La jubilación por edad (65 a.), conlleva un período de crisis vital y personal ya que implica un nuevo rol en la vida de una persona. Aquellas personas con elevados niveles de autoestima y menor estrés ante los cambios[3] conjuntamente, con la salud, seguridad (Pérez Salanova, 2003) e independencia funcional, definen y conceptualizan el envejecimiento pleno con un alto nivel de satisfacción vital, disminuyendo la utilización de los Servicios de Salud[4] y asistencia social especializada.

Aún, hoy, en España, nos encontramos con que la participación social ha estado condicionada por las divisiones de género con una tendencia a debilitarse significativamente, si bien hay una inclinación a que, conforme se avanza en edad, las tareas de orden doméstico y familiar (sobre todo en las mujeres) son altamente significativas en el ciclo vital, si bien no son actividades elegidas y, por tanto, encontramos más carencias: menos ingresos, más discapacidad, más soledad, menos acceso a la educación, a la cultura, al ocio, y su participación en la toma de decisiones, es muy escasa todavía[5].

Está comprobado por estudios recientes que el participar de manera activa en la Comunidad, el entorno y la familia, proporciona un envejecimiento con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social. El sentirse activo, productivo, útil e implicado socialmente en la comunidad de pertenencia[3], es claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores. El estar activo nos ofrece un resultado positivo y satisfactorio: tener salud, relaciones sociales, independencia y autonomía[6].

Teniendo la terapia ocupacional un compromiso continuado con la actividad con propósito a lo largo de todo el ciclo vital de la persona puede contribuir, de forma preventiva, en unión de otros profesionales, a la satisfacción vital de la persona mayor[7], difundiendo y promoviendo actitudes y comportamientos positivos para afrontar la etapa que nos ocupa. Asimismo, promover el cambio de estereotipos sociales, en torno a la vejez, por los mismos mayores y estimulando una mayor participación social en la comunidad.

El área de participación social contempla las actividades realizadas en la Comunidad (organizaciones, vecindario...), actividades familiares y actividades con diferente grado de intimidad (compañeros, amigos…).

COMUNIDAD

La comunidad es la antítesis de aislamiento, es sinónimo de pertenencia, conexión[8]. El terapeuta ocupacional y la persona mayor, revisarán las actividades que realiza en la comunidad para identificarlas si son acordes a sus aptitudes, gustos e intereses. Descubrir y explorar las destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación que posee.

Pablo es un hombre de 70 años, viudo hace tres años. Vive solo y es independiente. Hasta su jubilación desempeñó trabajos diversos sin una especial cualificación. Tiene estudios básicos, si bien le ha gustado leer.

Acude al departamento de terapia ocupacional del Centro de Día, acompañado de un antiguo amigo, quien verbaliza su preocupación por lo cambiado que ha encontrado a Pablo desde la última vez que estuvo con él. Parece ser que ha descuidado su aspecto y apenas sale de casa.

El profesional realiza una exploración, junto con Pablo, mediante herramientas de valoración de terapia ocupacional* y realiza una entrevista para poner en común los resultados de la exploración y consensuar qué actividades significativas le puedan ayudar.

De la valoración realizada se desprende que predomina un interés por actividades sedentarias (lectura, escritura), si bien podría compartir este interés con un grupo de personas.

El terapeuta y Pablo investigan los recursos existentes en esta institución. Una vez identificados y analizados se prioriza de acuerdo a sus capacidades e intereses.

**Evaluación de las destrezas de la Vida Diaria Milwaukee (MEDLS) (Leonardelli, 1987). Índice de Lawton. Inventario de Intereses de Ocupaciones de Ocio (LOII) (De Stein y Cutler, 1997).*

El terapeuta ocupacional podrá incentivar a la persona mayor a mantener, mejorar e incluso explorar nuevos intereses que sean significativos para la persona, proporcionándole una mejor satisfacción vital.

LA FAMILIA

Está comprobado que la familia constituye un importante apoyo para poder superar los cambios, que conllevan para la persona después de la jubilación.

Las pérdidas de seres significativos en esta etapa que nos ocupa, implica y comprende superar un cambio de estadio en su vida, muy grande, tanto, a nivel afectivo, psicológico y social en el que tiene que aceptar, un nuevo rol añadido, sin el apoyo tan importante, como, lo es la familia. En este aspecto, el terapeuta ocupacional puede ayudarle a adaptarse positivamente a

los nuevos desafíos, proporcionándole las herramientas necesarias para desarrollar respuestas adaptativas, que le capaciten para encontrar sus propias metas[9].

Después de varias sesiones, el terapeuta sugiere a Pablo, en consonancia con sus intereses y habilidades, varias ocupaciones que se realizan en el Centro, auto gestionadas por los propios mayores:

- Grupo de lectura y poesía.
- Grupo para aprender informática.
- Confección de una revista.

Luego de informarle, del contenido de cada uno de estos grupos, le gustaría participar, en principio, en el grupo de lectura y poesía, ya que le ha gustado de siempre leer y eso le hace sentirse seguro, vendría dando un paseo desde casa y eso le vendría bien. Las otras dos opciones, no las rechaza, pero, de momento, no se siente en condiciones de emprender ocupaciones que le supongan estrés.

El profesional, lleva a cabo, un seguimiento de apoyo a Pablo y trata de contactar con algún familiar cercano. Localiza a un hijo soltero que vivió con Pablo y su esposa, hasta que hace seis meses que, por motivos de trabajo, lo trasladaron. Estaban muy unidos padre e hijo, siendo el principal apoyo para Pablo, después de fallecer su esposa.

Pablo verbaliza al terapeuta "comprendo que mi hijo tenga que hacer su vida pero le echo mucho de menos, desde que se marchó sólo ha venido a verme una vez", "estoy en casa pendiente de si suena el teléfono y no le llamo, porque no quiero interrumpirle en su trabajo", "si no fuera por Pedro, amigo incondicional, no sé que habría sido de mí".

El terapeuta contacta con su hijo nuevamente y le sugiere la posibilidad de llamar a su padre por teléfono de vez en cuando, le tranquilizaría mucho.

Pablo continuará con sesiones de seguimiento, desde terapia ocupacional.

ÁREA DE EDUCACIÓN

El área ocupacional de educación incluye todas aquellas actividades que tienen que ver con la participación de la persona en el medio educativo. Desde la participación en la educación formal (nivel académico, no académico, vocacional,…) y la participación personal en la educación informal (clases, programas y actividades provistas de instrucciones y entrenamiento en áreas de interés para la persona mayor).

Aquí se incluye la exploración de las necesidades o intereses personales en la educación, identificando temas y métodos para obtener respuestas, y soluciones relacionados con la información o con las habilidades[1].

La educación y la formación continuada a lo largo del ciclo vital constituyen uno de los factores que incidirán en la salud, la participación activa en la sociedad, la seguridad y con mucha más razón en la etapa que nos ocupa, se ha de garantizar el acceso a la educación de adultos, ya que facilita la adaptación a los nuevos retos que conlleva el envejecimiento y como prevención de la discapacidad[10].

En consonancia con los mandatos de la OMS, en los últimos años han tenido un rápido desarrollo los Programas Universitarios para las Personas Mayores en España (AEPUM)[16] por diversas razones (social, demográfica, educativa, económica, mayor sensibilidad de las instituciones de bienestar social y de las universidades) que justifican la necesidad de los mismos. En la actualidad, el número de Universidades miembros de la AEPUM es aproximadamente de 53, que imparten programas educativos de carácter universitario para el colectivo de personas mayores.

A pesar de que aún el porcentaje de las personas mayores en el ámbito del aprendizaje permanente en España sea sensiblemente inferior a la media de la UE, la Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea, dentro de su política educativa, a través del Programa Sócrates, cuyo objetivo es potenciar y fomentar la cooperación europea, proporcionando una educación universitaria de calidad, así como la oportunidad de actualizar sus conocimientos a lo largo de toda la vida.

La educación en la vejez es algo más que simplemente adquirir instrucciones o conocimientos complementarios. Se trataría más bien de apoyar un proceso de desarrollo personal como para el de la sociedad en su conjunto, que evite una exclusión cultural, ya que la educación es un derecho clave para el ejercicio de otros derechos[11,12].

En un estudio reciente realizado por López Jurado (2003), la puesta en práctica de un modelo interdisciplinar con una intervención educativa y sociosanitario dirigida a este grupo de población tanto del medio rural como urbano, se pudo evaluar la incidencia favorable en la calidad de vida de los participantes[13].

La terapia ocupacional con respecto a este área de ocupación va dirigida a promover:

- Por un lado la creatividad, la actividad y la promoción de las personas ya jubiladas, ayudándoles a desarrollar respuestas adaptativas que las capaciten para desarrollar las habilidades necesarias para encontrar sus propias metas[14].
- Participar con otros profesionales en la creación de oportunidades educativas para el intercambio de conocimientos y experiencias entre generaciones, mejorando la transmisión de los valores culturales y fomentar la valía estimativa de todas las edades (OMS), posibilitando que los mayores actúen como mentores y tutores.
- Colaborar en la elaboración de programas de educación superior universitaria para las personas mayores con propuestas en relación a una formación innovadora, en la que se dé más importancia a las aptitudes que a los conocimientos así como asesorar y apoyar tanto a profesores como a los alumnos en los nuevos roles que esto implica.
- Programas educativos en los que se enseñe a los mayores acerca de la filosofía enriquecedora de la terapia ocupacional y ayudar a las personas con un dependiente a su cargo, a determinar las mejores rutinas y técnicas a utilizar con su familiar (Hassel Kus, 1988), así como el propiciar un entorno favorable tanto para el dependiente como para el cuidador.
- Asesorar en la mejora de la accesibilidad arquitectónica a los centros educativos para las personas mayores, así como las ayudas técnicas que puedan necesitar aquellas personas con algún grado de dependencia, garantizando así el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo vital.

Dolores es una mujer de 89 años de edad que ingresa en una residencia del medio rural, ha vivido siempre en la ciudad, posee un buen nivel educativo y buen apoyo social.

El profesional convoca a Dolores al departamento para realizar la valoración con herramientas propias de terapia ocupacional que se realiza a todas las personas que ingresan en la residencia para determinar el estado en el que se encuentran sus habilidades cognitivas, las destrezas motoras, de comunicación, así como la exploración de intereses.*

Nos encontramos con una persona que la única sintomatología que presenta es la propia del envejecimiento, que le permite ser independiente. Dentro de los intereses, predomina uno muy significativo para ella y es la de pintar. El terapeuta le propone diferentes actividades en las que la pintura es el eje central si bien el tipo de pintura variará dependiendo de sobre qué material va a pintar.

El terapeuta le proporciona el material necesario para que pinte en acuarela que es lo que ella domina para llevárselo a su habitación. Pasados unos días con ayuda del profesional, vence el temor a pintar con otras texturas, pues verbaliza "tengo muy mal el pulso". El terapeuta le tranquiliza proponiéndole empezar pintando algo que no necesite mucha precisión.

Elige un tiesto de cerámica. El terapeuta le da todas las instrucciones de cómo ha de llevarse a cabo la actividad: seleccionar el material necesario, preparación del material, técnica para la elaboración y el acabado.

**Evaluación de las destrezas de la vida diaria Milwaukee (MEDLS) (Leonardelli, 1987). Índice de Lawton. Inventario de Intereses de Ocupaciones de Ocio (LOII) (De Stein y Cutler, 1997).*

Las personas mayores tienen el temor de no hacer bien las cosas (como cuando eran más jóvenes) y es aquí donde el profesional ha de transmitirles seguridad y confianza y que la perfección no existe y lo importante es que realicen la actividad lo mejor que puedan, de acuerdo a sus posibilidades y el trabajo final será único y autónomamente satisfactorio.

Salvo unas intervenciones puntuales, quedó muy satisfecha con su trabajo a pesar de los pequeños desperfectos que solo ella los ve. Esta experiencia le ha animado a seguir experimentando y aprendiendo nuevas formas de utilizar la pintura con creatividad en el departamento, prescindiendo cada vez más de la intervención del terapeuta.

Actualmente participa en un curso de pintura y dibujo en la Escuela de Adultos de la Comunidad, que se encuentra cerca de la Residencia, consiguiendo: una ocupación significativa, al tener que desplazarse fuera de la Residencia, hace ejercicio, mantiene el contacto con el entorno y potencia la socialización, siendo dueña de su tiempo y manteniendo el control sobre su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
2. Roguero García J. Costes ligados a la dependencia. Trabajo Social y salud. 2006; 54: 145-69.
3. Bueno MB, Buz DJ. Jubilación y tiempo libre en la vejez [en línea]. Madrid: Portal Mayores, informes, nº 65. Lecciones de Gerontología, IX: 2006. URL disponible en: http://www.imserso-mayores.csic.es/documentos
4. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of manitoba elderly. American Journal of Public Health. 1991; 8 (1): 63-8.
5. Foto Mundial de ONGs sobre envejecimiento. Los Derechos de las Personas Mayores, conclusiones [en línea].Madrid: 2002. [fecha de acceso 1 de junio de 2008]. URL disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es
6. Del Barrio E. Uso del tiempo entre las personas mayores [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. URL disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentación/perfiles/index.html
7. Elliott M, Barris R. Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. Occupational Therapy Journal of Research. 1987; 7 (4): 215-24.
8. Kiernat J. Occupational therapy and the older adult. A clinical manual. Maryland. EE.UU.: Aspen Publishers, Inc.; 1991.
9. Hopkins HL, Smith HD. Terapia ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No transmisibles y Promoción de la Salud. Madrid: Revista Española de Geriatría y Gerontología 2002; 37 (S2).
11. Asociación Estatal de Programas Universitarios para personas mayores. La integración de los Estudios Universitarios para Personas Mayores en el Espacio Europeo de Educación Superior. Documento [en línea]. La Laguna: Septiembre de 2003 [fecha de acceso el 24 de octubre de 2008]. URL disponible en: www.aepumayores.org
12. Instituto de Migraciones y Servicio Sociales en colaboración con la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Seminario Internacional sobre la vejez como una etapa de desarrollo personal. Conclusiones [en línea]. Cartagena: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en colaboración con la Universidad Nacional de Educación a Distancia: octubre de 2003. [fecha de acceso el 30 de mayo de 2008]. URL disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es
13. López-Jurado Romero de la Cruz M. Cambios en salud y bienestar de alumnos universitarios mayores con un modelo interdisciplinario de intervención clínica y educativa. [en línea]. Madrid: IMSERSO; 2005. [fecha de acceso el 1 de Junio de 2008]. URL disponible en: www.insersomayores.csic/documentos/imserso-estudiosidi-33.pdf
14. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional, teoría y técnicas. Barcelona: Masson S.A.; 2003.
15. Programas, Universidades de Mayores [en línea]. Madrid: Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores (AEPUM); 2008.
16. Sánchez M. La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación [en línea]. Madrid: IMSERSO; 2005. [fecha de acceso el 4 de junio de 2008]. URL disponible en:http://www.imsersomayores.csic.es/documentos

Capítulo 7

Área de trabajo y área de juego

C. Gómez Calero, J. Fernández Huete

ÁREA DE TRABAJO

En este área de ocupación se encuentran aquellas actividades encaminadas a conseguir un empleo o actividades de voluntariado con remuneración (económica, social…)[1,2].

El terapeuta ocupacional, junto con otros profesionales, ayudan al trabajador mayor a conseguir una mejora en su desempeño respecto a las dificultades ocupacionales que puedan surgir a través de pautas ergonómicas, entrenamiento de estrategias de afrontamiento del puesto de trabajo, recomendación de ayudas técnicas y promoción de la salud, para aumentar el bienestar y la satisfacción del paciente[3].

Peiró y Prieto (1996) destacaron como efectos positivos del trabajo que pueden beneficiar a la persona los siguientes:

- Fuente de realización personal y autoestima.
- Proporciona prestigio y rango social.
- Función económica.
- Fuente de oportunidades para la interacción, comunicación y contacto social.
- Estructura el tiempo de las actividades cotidianas.
- Marco de referencia para realizar una actividad obligatoria constante con unos objetivos sociales o personales determinados.
- Entorno que facilita el desarrollo de destrezas y habilidades (en caso de las personas mayores mantiene la capacidad y retrasa el deterioro de éstas).
- Facilita la integración de normas, creencias, valores y expectativas.
- Desarrolla y estructura hábitos paralelos familiares, de ocio…
- Desarrolla la creatividad.
- Proporciona identidad personal, poder, seguridad, integración social, roles activos y comodidad.
- Facilita la adaptación paralela de la persona a las modificaciones y avances del entorno socio-comunitario, favoreciendo su madurez ocupacional.

El voluntariado beneficia a la persona mayor como a la sociedad en general[5]. Las experiencias vitales a las que se enfrenta el voluntario van a beneficiar a los que reciben las acciones del programa de voluntariado y a él mismo a nivel mental, físico y social[6]. Esto contribuye a

desarrollar el área ocupacional de la actividad y la integridad personal, lo que puede ser muy beneficioso para personas jubiladas o viudas[7].

El área ocupacional de trabajo contempla seis actividades concretas: mostrar interés y buscar un empleo, encontrar y conseguir un empleo, desempeñar el trabajo, prepararse para la jubilación, explorar la realización de un voluntariado y participar en el voluntariado.

Teniendo en cuenta la etapa vital de la persona mayor, vamos a centrarnos en las últimas cuatro actividades citadas.

Desempeñar el trabajo

Referente a los comportamientos laborales: asistencia, puntualidad, relaciones apropiadas con los compañeros y supervisores, terminar las tareas asignadas y cumplimiento de las normas de trabajo elegidas (Adapt. Mosey, 1996. p. 342).

El terapeuta ocupacional observará que estos comportamientos se mantienen para que la persona mayor pueda desarrollar con éxito su rol de trabajador. También intervendrá en los casos en que no sean adecuados.

Prepararse para la jubilación

En esta actividad, el terapeuta ocupacional, junto con la persona mayor, identifica las aptitudes que posee, los gustos e intereses mostrados y las destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación necesarias para poder seleccionar la ocupación adecuada.

La pérdida de un rol tan significativo para una persona como es el de trabajador puede ir acompañada de sentimientos negativos en la jubilación.

El terapeuta ocupacional podría ayudar a esta persona en la exploración de nuevos intereses para que el proceso de jubilación sea más satisfactorio. Hay estudios que señalan que las actividades sociales y físicas producen una mayor satisfacción en dicho proceso[8].

Juan es un hombre de 62 años que va a prejubilarse dentro de 4 meses. No tiene ninguna patología reseñable que le impida ser independiente funcionalmente. Ha venido desarrollando su labor profesional como abogado durante los últimos 33 años en un despacho de abogados. Acude al departamento de terapia ocupacional por la cercana fecha de jubilación. Su mujer comenta que verbaliza sentimientos negativos respecto a su futuro próximo ("no me voy a sentir útil ya que no tengo nada que hacer", "no aporto nada a esta sociedad").

El profesional explora junto con Juan sus intereses mediante herramientas de valoración propias de terapia ocupacional (listado de intereses y listado de roles) y realiza un entrevista para consensuar y priorizar estos intereses (entrevista histórica del desempeño ocupacional). Desde esta valoración se desprende que hay un interés predominante por las actividades sociales grupales.

Explorar la realización de un voluntariado

La labor del terapeuta ocupacional consiste en averiguar junto con el paciente las necesidades de la comunidad donde vive éste, las organizaciones y las asociaciones del entorno y las oportunidades existentes para poder desempeñar un trabajo no remunerado económicamente adaptadas a las habilidades, motivación, intereses y tiempo disponible para desenvolver el rol de voluntario.

Nuestros pacientes pueden encontrar problemas a la hora de encontrar recursos sociales disponibles para poder desarrollar su labor. Otra dificultad podría darse en el momento del análisis de las potencialidades de las que dispone para poder desempeñar el voluntariado con éxito.

El terapeuta ocupacional puede ayudar a esta persona a dotarle de recursos acordes con sus capacidades para poder ejercer este rol en el ámbito comunitario.

Acorde con los intereses consensuados en las sesiones anteriores y las exploraciones que Juan ha realizado sobre los centros, asociaciones y organizaciones del barrio, el t.o. sugiere tres ocupaciones significativas que se pueden adecuar a sus habilidades:

- Ayudar a una asociación de familiares de personas con enfermedad mental del barrio en el asesoramiento de tutelas y otros aspectos legales de este colectivo.
- Impartir clases de español para adolescentes inmigrantes subsaharianos en la parroquia.
- Formar parte de la cuadrilla de la asociación de vecinos para las mejoras y el mantenimiento de las zonas del distrito que están gestionadas por dicha asociación.

Una vez explorados los intereses, habilidades y motivaciones de Juan, le parece buena idea dar clases de español para inmigrantes porque la docencia es algo a lo que siempre se ha querido dedicar. Las otras opciones son rechazadas, la primera porque el paciente no quiere continuar desarrollando laborales similares con las que estaba haciendo en el despacho, y la tercera porque en los últimos meses presenta dolores de espalda.

Juan consigue una cita con el párroco para informarse sobre los requisitos y en qué consiste el puesto exactamente (horarios, número de alumnos, frecuencia, duración…). Con esta información acude nuevamente a t.o. para valorar las habilidades necesarias para el puesto. El terapeuta ocupacional, tras un análisis de las destrezas motoras, cognitivas y sociales de Juan, le anima a realizar dicho voluntariado.

Participar en el voluntariado

Consiste en desempeñar de manera eficaz el voluntariado elegido previamente.

Las dificultades de las personas mayores pueden presentarse a la hora de ejecutar la tarea en sí.

En terapia ocupacional se dota de estrategias para poder elaborar un plan de acción acorde con las necesidades de la actividad voluntaria elegida.

El terapeuta ocupacional detecta que Juan presenta dificultades para poder elaborar una clase didáctica y priorizar los conocimientos a adquirir por parte de los alumnos. Se interviene dotándole de estrategias para el aprendizaje eficaz de los alumnos, una planificación pedagógica y características del colectivo.

Una vez Juan inicia su participación como voluntario en la impartición de las clases de español con estos adolescentes inmigrantes, se realizarán sesiones de seguimiento desde terapia ocupacional (escala de impacto ambiental laboral WEIS, entrevista del rol de trabajador).

ÁREA DE JUEGO

En terapia ocupacional consideramos este área como cualquier actividad que puede surgir de manera espontánea o no y que provoca sensaciones de disfrute, entretenimiento, diversión y pasatiempo para la persona mayor que la realiza[2,9].

Dos actividades se contemplan dentro de este área ocupacional: explorar el juego y participar en el mismo.

Explorar el juego

En esta actividad, el terapeuta ocupacional ayuda a la persona a identificar adecuadamente el tipo de juego y ajustarlo a sus capacidades y requerimientos (juego simbólico, de reglas, etc.)[10].

Los ancianos pueden presentar dificultades para seleccionar un juego que le haga disfrutar y que sea capaz de realizar.

El terapeuta ocupacional va a ayudar a la persona mayor a la búsqueda y exploración de un juego y adaptarlo a sus capacidades físicas, cognitivas y/o sociales.

En la mayoría de las ocasiones, encontramos el juego como una actividad o tarea dentro de otras áreas de desempeño, como son el ocio y el tiempo libre y la participación social.

Rosa es una señora de 78 años que ha ingresado recientemente en nuestra residencia geriátrica porque su hija comenta que no puede vivir sola en su domicilio. Presenta un diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en fase inicial.

El terapeuta ocupacional, en su valoración inicial (mediante la administración de la batería LOTCA-G), observa que existen problemas ejecutivos, atencionales y amnésicos que influyen en la ejecución del desempeño ocupacional de las AIVD. Acuerda con Rosa la participación en el grupo de dominó de las tardes que los residentes organizan de manera autónoma. Es un juego que le gustaría conservar y al que juega con sus nietos.

Previo a la inclusión en el grupo, Rosa repasa las reglas junto con el terapeuta ocupacional y también repasan estrategias de juego sencillas.

Participar en el juego

Consiste en desempeñar de manera adecuada el juego que aporte disfrute y diversión en el paciente geriátrico sin distorsionar el equilibrio con el resto de las áreas ocupacionales. Asimismo, se trata de ser capaz de usar, obtener y mantener los utensilios y objetos del juego.

Podemos hallar problemas en la ejecución del juego por parte del paciente geriátrico, como la comprensión de las reglas, manejo de los utensilios, aceptación de las normas sociales "tolerancia a la frustración"…

El terapeuta ocupacional intervendrá mediante estrategias compensatorias, sustitutorias o adaptativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mosey AC. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven; 1986.
2. The American Journal of occupational therapy. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
3. Moyers PA, Coleman SD. Adaptation of the older worker to occupational challenges. Work. 2004; 22 (2): 71-8.
4. Peiró JM, Prieto F. Tratado de psicología del trabajo. Madrid: Ed. Síntesis; 1996.
5. Rogers JC, Section 5. Ability and disability: the performance areas. En: AOTA. ROTE: The Role of Occupational Therapy with the Elderly. 2nd edition. 1996. p. 230-62.
6. Fujiwara Y, Sugihara Y, Shinkai S. Effects of volunteering on the mental and physical health of senior citizens: significance of senior-volunteering from the view point of community health and welfare. Nippon Koshu Eisei Zasshi. 2005; 52 (4): 293-307.
7. Crandall RC. Gerontology: a behavioural science approach. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.
8. Peppers LG. Patters of leisure and adjustment to retirement. The Gerontoligist. 1976; 16: 441-6.
9. Parham LG, Fazio LS (eds.). Play in occupational therapy for children. St. Louis, MO: Mosby; 1997.
10. Bergen D. (ed.). Play as a medium for learning and development: a handbook of theory and practice. Portsmouth, NH: Heinemann Educational Books; 1988.

Capítulo 8

Área de ocio y tiempo libre de las personas mayores

A. Moreno González

CARACTERÍSTICAS DEL TIEMPO DE OCIO EN LAS PERSONAS MAYORES

En terapia ocupacional, las actividades de ocio y tiempo libre y esparcimiento son consideradas como una de las siete áreas de ejecución humana (actividades básicas de la vida diaria –ABVD–, actividades instrumentales de la vida diaria –AIVD–, educación, trabajo, juego, tiempo libre y participación social). La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la *American Occupational Therapy Association*[1] se refiere al tiempo libre como: una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias, como trabajar, el cuidado personal o dormir.

Siguiendo a Romero Ayuso[2], el ocio es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Está caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. La libertad de elección implica que hay algo que elegir, y que el individuo es capaz de hacer una elección. La elección y la realización de una actividad de ocio están motivadas por la diversión y la satisfacción personal.

El tiempo libre hace referencia al tiempo no ocupado por el trabajo o cualquier otra obligación de carácter personal, familiar o social cuyo contenido está orientado hacia la satisfacción personal.

Es importante destacar la gran cantidad de tiempo libre que tiene la población de las personas mayores ya que, al eliminar el área laboral, en los mayores de 65 años, debido a la jubilación, queda por tanto el tiempo de ocupación repartido en seis áreas ocupacionales (actividades básicas de la vida diaria –ABVD–, actividades instrumentales de la vida diaria –AIVD–, educación, juego, tiempo libre y participación social), disponiendo de más tiempo en cada una de ellas.

En las figuras 1 y 2 tomadas del informe Las personas Mayores en España (2006)[3] se muestran las actividades de ocio y tiempo libre que las personas mayores realizan con mayor frecuencia.

Es preciso atender a las variaciones en la autonomía personal a lo largo de este proceso. En este sentido, se pueden delimitar, a grandes rasgos, dos etapas diferenciadas: una, caracterizada por un *envejecimiento activo*, que abarcaría aproximadamente hasta los setenta y cinco años; y la segunda, a partir de esta edad, con un *grado de dependencia más marcado*, que condiciona, restringe y, en ocasiones, imposibilita las oportunidades de ocio. Cabe destacar que el patrón

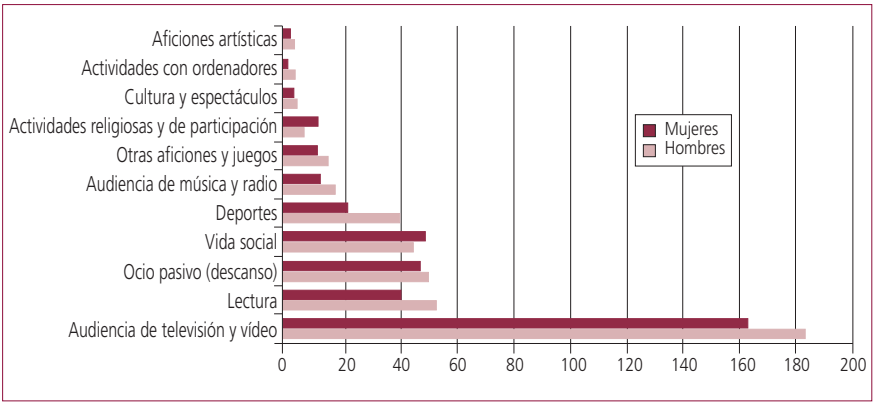

FIGURA 1. Actividades de ocio y tiempo libre en España de las personas mayores según sexo[3]. Fuente: EUROSTAT-Library DSIS: Time use surveys group (TUS). National tables (http://forum.europa.eu.int)

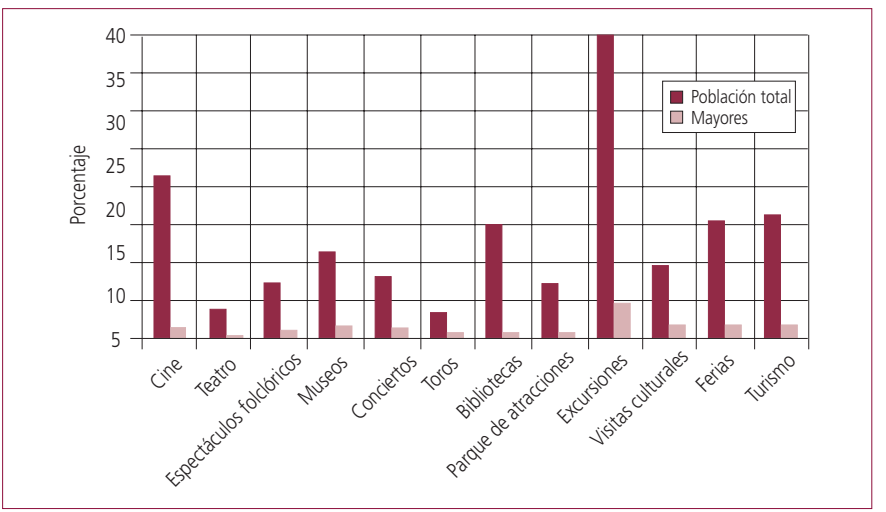

FIGURA 2. Actividades culturales y de ocio realizadas por la población española durante las cuatro últimas semanas[3].

característico durante la etapa de la vejez va a ser la continuidad con las actividades de ocio desarrolladas con anterioridad (Atchely, 1989).

Parece ser que las personas mayores tienen tendencia a buscar formas de ocio más familiares, con una escasa afinidad por aquellas actividades que supongan una gran novedad y dificultad. La mayor parte de las actividades van a estar vinculadas a la familia que, junto con la comunidad

próxima (amigos y vecinos), se constituyen en los dos contextos de actividad principales. En este sentido, los hombres se suelen implicar en tareas que giran en torno al hogar (bricolaje, jardinería, cuidado de animales, etc.), así como a reunirse con sus amigos para charlar, jugar a juegos de mesa o, simplemente, pasar el tiempo en compañía (Subirats, 1992). Las mujeres, una vez liberadas de las obligaciones de cuidado dentro de casa, suelen reforzar los vínculos con sus familiares próximos a través de las visitas y de la ayuda informal (Kelly y Godbey, 1992). No hay que olvidar el importantísimo papel de sostén que están cumpliendo muchos abuelos y abuelas en aquellos hogares en que ambos cónyuges trabajan. Esta función de satisfacción de las demandas familiares ha quedado demostrada en diferentes investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (Rodríguez y Sancho, 1995; Bazo, 1994, 1996)[3]. Dicha colaboración supone una importante ocupación del tiempo libre para un importante número de nuestros mayores.

TERAPIA OCUPACIONAL Y PROGRAMAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores mejora su estado físico, mental y emocional, aumenta sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuye la ansiedad y la depresión, en ocasiones es el mejor recurso del que se dispone para enfrentarse a la soledad, al aislamiento e incluso a los problemas de salud.

Algunos objetivos específicos de los programas de intervención sobre el ocio consisten en[2]:

- Aumentar o mejorar las habilidades físicas, cognitivas y sociales.
- Mejorar la capacidad de elección.
- Incorporar ocio en su rutina diaria.
- Manejo del tiempo.
- Mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Ubicación en la comunidad y asunción de un rol activo.
- Búsqueda de actividades gratificantes.
- Satisfacción con el tiempo libre y de ocio.
- Potenciar nuevos intereses a través del tiempo de ocio.
- Favorecer una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.

El terapeuta ocupacional interviene con personas mayores en su área de ocio y tiempo libre cuando existe una disfunción en el desempeño ocupacional de este área o cuando hay barreras que incapacitan este área ocupacional, como a continuación se describe. Costilow y cols. (1982[4] identificaron las barreras que hay para que una persona con discapacidad no participe en actividades de ocio. Estos autores distinguen las siguientes:

- Habilidades sociales o de comunicación.
- Motivación y toma de decisiones.
- Horarios rígidos y/o falta de tiempo.
- Recursos económicos.
- Déficit en habilidades precisas para participar en actividades de ocio o problemas de salud.
- Presencia de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad.

EVALUACIÓN DEL OCIO

Para entender la forma en que una persona mayor vive y disfruta del ocio, no es suficiente con conocer sus intereses, habilidades y capacidades. Es necesario evaluar aspectos del sujeto, aspectos de su entorno y de las interacciones que se producen entre ambos:

1. **Aspectos relacionados con el propio sujeto:** en este apartado se indagaría acerca del tipo de actividades (autocuidado, participación social y ocio), que la persona realiza habitualmente y sus capacidades, demandas y necesidades. Además de un recorrido sobre los roles ocupacionales, intereses y hábitos de ocio que tenía antes de la disfunción ocupacional.
2. **Aspectos relacionados con el entorno en que se desenvuelve la persona mayor:** evaluando el entorno cercano y contexto de ejecución del ocio y tiempo libre, además de los medios materiales y personales con los que cuenta, así como de las barreras que se encuentra.
3. **Aspectos relacionados con la interacción sujeto-medio:** en este punto se evaluarían el tipo, cantidad y calidad de las relaciones del sujeto con su entorno, mediante listados de intereses, entrevista estructurada y semiestructurada, instrumentos de autoevaluación, etc.

Entre estos instrumentos de evaluación estandarizados encontramos:

- Listado de intereses de Matsutsuyo[5].
- *Leisure Satisfaction Scale* (LSS)[6].
- Listado de intereses modificado[7].

INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN EL OCIO

La intervención del terapeuta ocupacional en el área del ocio con personas mayores adquiere sentido si se ubica en la integración comunitaria del mayor en su contexto social propio. Esta acción busca la integración social de la persona mayor de la forma más autónoma posible a partir del desarrollo de sus habilidades y competencias y de la búsqueda de apoyos sociales y ambientales.

Desde el marco de trabajo de la terapia ocupacional se identifican dos áreas de intervención en el ocio:

Exploración del tiempo libre

Tiene que ver con identificar los intereses, destrezas, oportunidades y actividades del tiempo libre apropiadas de las personas mayores. En ocasiones los mayores pueden presentar dificultades para seleccionar un ocio que le haga disfrutar y que sea capaz de realizar. El terapeuta ocupacional va a ayudar a la persona mayor a la búsqueda y exploración del ocio y adaptarlo a sus capacidades físicas, cognitivas y/o sociales.

Antonio es un señor de 84 años, que sufre una amputación del miembro superior derecho debido a problemas circulatorios. Su estado basal previo a la amputación es de independencia total

en las actividades de la vida diaria. Sus capacidades cognitivas están preservadas. Vive en casa con su mujer. Su red de apoyo social es en el medio rural. Acude diariamente al hogar de jubilados y a jugar a la petanca. Actualmente las instalaciones no permiten el uso de silla de ruedas.

El terapeuta ocupacional, tras una entrevista y evaluación inicial de Antonio, propone adaptar las instalaciones al aire libre para poder cumplir criterios de accesibilidad, además de adaptar su silla de ruedas al exterior con un diseño activo para poder desempeñar su ocio. Además se proponen otras alternativas al ocio acorde con su historia ocupacional.

Preparación para el ocio

Consiste en planificar y participar en actividades de tiempo libre apropiadas; mantenimiento de equilibrio de actividades de tiempo libre con otras áreas ocupacionales; saber encontrar, utilizar y cuidar el equipamiento apropiado. El terapeuta ocupacional intervendrá mediante estrategias compensatorias, sustitutorias o adaptativas.

Ángeles es una usuaria de una residencia de mayores geriátrica que padece esquizofrenia paranoide de larga evolución, desde su adolescencia. Es parcialmente independiente para las actividades de la vida diaria, en ocasiones se le supervisa la ducha y aseo personal por problemas de higiene personal. Es derivada al servicio de terapia ocupacional por el psiquiatra, tras una consulta de seguimiento de su patología, ya que presenta una disfunción ocupacional del área del ocio, sobre todo por la tarde.

El terapeuta ocupacional realiza una evaluación inicial de las áreas ocupacionales de Ángeles, así como un cronograma semanal de las mismas, listado de intereses de ocio y tiempo libre y seguimiento de Ángeles durante el día. El terapeuta ocupacional asesora a Ángeles sobre los programas de ocio que existen en el centro acorde con sus intereses, realiza una coordinación con animación sobre la patología de Ángeles, las dificultades respecto a su relación con el resto de residentes, adaptación de actividades y materiales y los efectos secundarios de la medicación en la realización de actividades. El terapeuta ocupacional realiza un seguimiento de Ángeles en las actividades al inicio, diariamente y más tarde puntualmente. Ángeles se siente que ahora es capaz de participar en actividades acorde con sus capacidades y que tiene la cabeza ocupada en actividades gratificantes. Se siente activa por la tarde.

La intervención de terapia ocupacional a través del ocio y para el ocio pretende aumentar la satisfacción del usuario, potenciar las habilidades y destrezas, ampliar las actividades de ocio y uso de recursos para el ocio y la integración sociocomunitaria y, fundamentalmente, facilitar el desarrollo y el crecimiento personal.

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional[1], la intervención desde la terapia ocupacional incluiría aspectos relacionados con:

- **La promoción de la salud:** mejorando el desempeño del sujeto a partir de su participación en actividades adaptadas y entornos normalizados, en actividades de ocio y tiempo libre.

- Restauración de la función: hace referencia al desarrollo o recuperación de las habilidades perdidas, así como al aprendizaje de otras nuevas. Incluyendo a los mayores en programas de ocio terapéutico, realizando intervenciones dirigidas a eliminar, mejorar o compensar los déficits funcionales del mayor.
- Mantenimiento de la función: se refiere al apoyo necesario para que la persona mayor mantenga los niveles y capacidades de desempeño a lo largo del tiempo, facilitando el acceso al mayor en actividades de ocio y tiempo libre.
- Modificación y adaptación del entorno, tareas y material: se refiere a la realización de las modificaciones necesarias en el entorno, tareas y material, de tal forma que la persona pueda realizarlas en un entorno accesible y natural. Por ejemplo, adaptando en tamaño las fichas de los juegos de mesa para una persona con déficit visual...
- Prevención de la discapacidad: estaría relacionada con la preparación del usuario en los posibles riesgos y/o beneficios que puede encontrarse en el desempeño del ocio, por ejemplo, creación de hábitos saludables incluyendo actividades de ocio y ahorro de energía para personas con riesgo cardio-respiratorio, etc.

En España, cabe destacar que actualmente existen programas de envejecimiento activo para personas mayores sanas en la comunidad, pero no se encuentran iniciativas de actividades de ocio para personas mayores enfermas, frágiles o de alto riesgo y/o pacientes geriátricos en el medio comunitario, aunque ocasionalmente sí en el medio institucional, pero con recursos humanos y materiales escasos.

La carencia de una adecuada red de apoyo social para la realización de actividades de ocio y tiempo libre adaptado a las características de la población de personas mayores, en su amplio espectro, y la falta de oportunidades sociales o recreativas en un entorno accesible para personas mayores que no sean totalmente sanas, hacen ver la necesidad de terapeutas ocupacionales en programas de personas mayores sanas y la creación de programas de ocio y tiempo libre para personas mayores en su totalidad, realizando iniciativas de adaptación de programas, actividades y material.

Es importante destacar iniciativas de acceso al ocio y proyectos como el de usabilidad en nuevas tecnologías y dinamización por la APETO (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales)[8]. El proyecto tiene como principal objetivo la inclusión de personas con discapacidad y personas mayores en la sociedad de la información mediante la incorporación de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y el acceso a *Internet*, con el fin de garantizar una igualdad de oportunidades con el resto de la sociedad a la hora de acceder a estas tecnologías. Para ello se ha creado una red de dinamizadores locales, uno por cada provincia española, formada por terapeutas ocupacionales y altamente especializados en la dinamización a través de la formación y otras actividades para el fomento de las tecnologías de la información por las personas mayores o con discapacidad.

También existen investigaciones, como la del Instituto Tecnológico del Juguete y el Instituto de Biomecánica de Valencia que editan la guía de: "Juegos de mesa y personas mayores. La importancia de nuevos diseños"[9]. La información que ofrece esta Guía, resultado del trabajo realizado durante los años 2002 y 2003 en el marco del proyecto de investigación LUDIMAN, espera contribuir al conocimiento de las potencialidades del juego como instrumento de in-

tervención en la vejez y a la delimitación de aquellos criterios de diseño para juegos de mesa que hacen accesible la actividad lúdica a todas las edades.

Con este tipo de iniciativas en el ámbito de las personas mayores se observa nuevamente la necesidad de la figura del terapeuta ocupacional tanto en los programas de ocio con mayores como en la adaptación del material usado en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
2. Romero DM, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Capítulo: Perspectiva histórica de la terapia ocupacional. Capítulo: Juego, ocio y tiempo libre. Barcelona: Masson; 2003.
3. Informe 2006. Las personas mayores en España. Colección Documentos, Serie Documentos Estadísticos. INFORME 2006. Las personas mayores en España, datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
4. García MA. La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. Educación física y deportes. Revista Digit@l. 2002; 8 (47).
5. Matsutsuyu J. The interest Checklist. American Journal of Occupational Therapy. 1967; 11: 179-81.
6. Trottier AN, Brown GT, Hobson SJ, Miller W. Reliability and validity of the Leisure Satisfaction Scale (LSS--short form) and the Adolescent Leisure Interest Profile (ALIP). Occup Ther Int. 2002; 9 (2): 131-44.
7. Kielhofner G, Neville A. The modified interest checklist. Unpublished manuscript, model of human occupation Clearinghouse. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1983.
8. Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales. www.apeto.com . Disponible en : http://www.apeto.com/index.php?option=com_magazine&func=show_article&id=286&Itemid=41
9. Guía de: "Juegos de mesa y personas mayores. La importancia de nuevos diseños". Instituto tecnológico del juguete y el instituto de Biomecánica de Valencia. www.ibv.org/libreria/AdaptingSystem/Intercambio/AdaptingShop/docs/d30ML.pdf

SECCIÓN III

Intervención de la terapia ocupacional en los niveles asistenciales geriátricos

Introducción

A.I. Corregidor Sánchez

La práctica de la terapia ocupacional hace referencia al proceso y a los métodos necesarios para mejorar el desempeño ocupacional del paciente en aquellas actividades consideradas relevantes. El objetivo de esta práctica es ayudar al anciano desde cualquiera de los niveles asistenciales geriátricos a alcanzar la máxima eficiencia posible en las actividades de la vida diaria que le resulten importantes.

En España el modelo de asistencia geriátrica está compuesto por tres niveles asistenciales (atención primaria de salud, servicios de geriatría hospitalaria y servicios sociales comunitarios) que tienen por objeto responder a las necesidades de salud y de funcionalidad del anciano desde una atención interdisciplinaria, especializada, progresiva y continuada. La figura del terapeuta ocupacional se integra en los recursos hospitalarios (servicios de rehabilitación, unidades de geriatría, hospitales de día) y comunitarios (residencias, centros de día, etc.).

La atención primaria de salud supone la principal vía de entrada de cualquier persona al sistema sanitario. En el caso de las personas mayores que residen en la comunidad, los centros de atención primaria son el recurso de salud más demandado[1] y esto les convierte en el contexto ideal para la vigilancia y prevención del deterioro funcional. A pesar de que la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria de Salud[2] no reconoce la figura del terapeuta ocupacional como profesional integrante del servicio de rehabilitación*, en esta sección se recogen las aportaciones del terapeuta ocupacional en la prevención del deterioro funcional y la promoción de la actividad significativa desde estos centros. La atención primaria es el marco idóneo tanto para la evaluación del desempeño ocupacional y la detección de posibles riesgos como para la estimulación y el tratamiento de las áreas ocupacionales disfuncionales.

Los hospitales que cuentan con servicios de geriatría disponen de una secuencia de unidades de asistencia progresiva en relación con la situación clínica y la funcional del anciano. El terapeuta ocupacional forma parte de los equipos interdisciplinares de estas unidades, ya sea como profesional de plantilla o como consultor. En aquellos hospitales en los que no existen servicios de geriatría, el terapeuta ocupacional suele estar vinculado al área de rehabilitación, atendiendo al paciente mayor desde este servicio.

*Las únicas Comunidades Autónomas que ofrecen el servicio de terapia ocupacional en los centros de atención primaria son Andalucía[3] y Aragón[4].

Las residencias de ancianos, los centros de día y el servicio de ayuda a domicilio son los principales recursos sociocomunitarios en los que el terapeuta ocupacional aborda el proceso de autonomía y la prevención de dependencia. Otros recursos sociocomunitarios de implantación más reciente, como las viviendas supervisadas o los cibercentros, no contemplan la función del terapeuta ocupacional, a pesar de su capacidad para graduar la actividad, por muy novedosa que ésta sea, en función de las capacidades del sujeto.

El proceso de intervención ocupacional está estrechamente relacionado con el nivel asistencial en el que se ubique: contextos hospitalarios, residenciales y/o domiciliarios. Cada uno de estos medios presenta factores contextuales que pueden influir en la planificación del tratamiento y en las técnicas y métodos utilizados. Por ejemplo el tiempo de permanencia del anciano en un determinado recurso guiará la extensión de la evaluación ocupacional y la duración de las sesiones, priorizando fundamentalmente el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria; los recursos materiales con los que cuente el centro podrán influir en el contenido de las sesiones y en el tipo de actividad de la vida diaria a entrenar; y el número de terapeutas ocupacionales y auxiliares de terapia ocupacional determinarán el número de usuarios que podrán ser atendidos. En esta sección se describen las características diferenciales de la práctica de terapia ocupacional en los diferentes niveles asistenciales así como los recursos necesarios para poner en marcha el departamento de terapia ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. García A, Gómez J, Maturana N, Ramírez R, Rodríguez A, Ruipérez I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2005. p. 6. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf
2. Real Decreto 1030/2006. BOE 22 de fecha 16 de septiembre de 2006. Cartera de Servicios del SNS.
3. Ignacio de Jesús J. Terapia ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, 2004. p. 33-4.
4. DECRETO 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de: Atención Primaria. 2007. p. 2.

Capítulo 9

Terapia ocupacional en atención primaria de salud

A.I. Corregidor Sánchez

La atención primaria de salud es el nivel inicial de atención que debe garantizar la globalidad y continuidad de atención a lo largo de la vida del paciente. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación[1].

Aproximadamente la mitad de consultas realizadas en los centros o equipos de atención primaria provienen de personas mayores de 65 años[2]. Su situación funcional puede fluctuar desde la independencia en el desempeño de todas las áreas ocupacionales hasta el inmovilismo domiciliario, por lo que es conveniente valorar periódicamente los niveles de desempeño ocupacional con el objetivo de prevenir posibles deterioros funcionales e incrementar la expectativa de vida libre de incapacidad. El terapeuta ocupacional, como profesional dedicado a promover, mantener y/o recuperar la autonomía funcional, podría desarrollar tanto funciones preventivas como rehabilitadoras, ya fueran en el departamento de terapia ocupacional ubicado en el centro de salud o integrado en los equipos de atención domiciliaria.

La terapia ocupacional dirigida a la prevención actúa a través de la promoción de la actividad y la prevención de accidentes[3]. La promoción de la actividad se basa en que la actividad, *per se,* es saludable y, por el contrario, la inactividad conduce a insatisfacción y a la perdida del sentimiento de bienestar. El estudio de una programación de actividades básicas, instrumentales, de participación social, formativas o de voluntariado en las personas mayores tiene como objetivo establecer un equilibrio saludable en la ocupación del tiempo. Un ejemplo preventivo desde este enfoque sería el de ayudar a las personas mayores a prepararse para el cambio de vida de la jubilación con el consecuente desplazamiento hacia grandes cantidades de tiempo de ocio y recreo.

En este sentido, diversos estudios han demostrado la efectividad de los programas de entrenamiento funcional para el incremento del desempeño diario y la mejora de la calidad de vida en ancianos que residen en la comunidad[4-6]. Tres son las áreas en los que estos programas han resultado ser más efectivos: prevención de caídas y accidentes, rehabilitación de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular y rehabilitación de personas con enfermedades osteoarticulares y reumáticas.

La prevención de accidentes en el hogar se materializa a través de una exhaustiva valoración y control de los riesgos. La detección de "puntos calientes", es decir, zonas de la casa que acumulan o podrían acumular en un futuro resbalones, tropiezos, caídas o accidentes es

uno de los principales objetivos de la visita domiciliaria. Este podría ser el caso de una salita de estar con escaso espacio entre la mesa camilla y el sofá. La disminución del espacio obliga a la persona mayor a disminuir su base de sustentación, incrementado el riesgo de pérdida de equilibrio y de caída. Por otra parte, la adaptación de los utensilios utilizados para llevar a cabo las actividades de la vida diaria posibilita el mantenimiento de la autonomía. Por ejemplo, la utilización de una tabla de transferencias asegura el paso a la bañera y evita posibles caídas, la adaptación de los cubiertos puede hacer posible que una persona con graves alteraciones osteoarticulares pueda comer de forma autónoma o la colocación de una almohada en la silla o una plataforma elevadora puede permitir a una persona sentarse y levantarse sin ayuda.

Andalucía[7] y Aragón[8] han sido las Comunidades Autónomas pioneras en potenciar la rehabilitación de la funcionalidad desde la atención primaria, incluyendo la figura del terapeuta ocupacional y del fisioterapeuta en estos equipos. En el resto de comunidades autónomas existe aún un déficit evidente de directrices y profesionales que aborden la rehabilitación funcional desde los centros de atención primaria[9], esto es, la rehabilitación de las actividades que se realizan de forma cotidiana para dar respuesta a las demandas del día a día.

GUÍA DE ACTUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las personas susceptibles de asistir al servicio de terapia ocupacional de atención primaria serán todas aquellas personas mayores que hayan visto mermada su capacidad funcional o se encuentren en riesgo de ello. La derivación del paciente a este servicio podrá ser realizada bien por los profesionales del hospital (normalmente, médico geriatría o médico rehabilitador, aunque podría ser cualquier especialidad medica relacionada con el mayor) o por el equipo de atención primaria.

Con el objeto de ajustar la intervención ocupacional a las necesidades del paciente, resulta necesaria la cumplimentación por parte el profesional que deriva de una solicitud de derivación que recoja los datos mostrados en la tabla 1. De esta forma, el terapeuta ocupacional puede contar con la información suficiente para iniciar la evaluación y posteriormente desarrollar la intervención ocupacional.

La cartera de servicios de terapia ocupacional en este nivel asistencial primario constaría de dos protocolos principales, el protocolo de evaluación y el protocolo de intervención. El protocolo de evaluación debe incluir:

- Evaluación completa del desempeño ocupacional en las ocho áreas ocupacionales (actividades básicas, instrumentales, ocio, juego, educación, participación social, trabajo y descanso).
- Valoración de la necesidad de ayuda de segunda persona en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Valoración del entorno (accesibilidad, barreras arquitectónicas, "puntos calientes" para el riesgo de caídas y nivel de complejidad comprensiva para las personas con deterioro cognitivo).
- Valoración de la necesidad de ayudas técnicas.
- Valoración de la necesidad de férulas y ortesis.

TABLA 1. Modelo de derivación a terapia ocupacional

Solicitud derivación terapia ocupacional
— Fecha derivación:

Datos de derivación:
— Profesional que deriva:
— Unidad/servicio/equipo:
— Teléfono de contacto:

Datos de filiación del paciente
— Nombre y apellidos:
— Fecha de nacimiento:
— Estado civil:
— Dirección:
— Teléfono:

Motivo de la derivación

Datos clínicos/funcionales del paciente
— Diagnóstico principal:
— Diagnósticos secundarios:
— Nº de ingresos:
— Fecha último ingreso:
— Situación funcional actual (Índice de Barthel):

- Valoración de la capacidad del cuidador principal para colaborar en el tratamiento funcional.

El protocolo de intervención contempla dos posibles contextos de tratamiento: el domicilio del paciente y el centro de salud. El domicilio del paciente es el contexto ideal para valorar y entrenar el desempeño en las actividades de la vida diaria y para modificar los elementos del entorno que contribuyan a incrementar la dependencia. Esta opción de tratamiento demanda mayor inversión de tiempo además de la gestión del desplazamiento, pero suele ser más efectiva que el tratamiento que únicamente se realiza en el centro de salud.

La intervención en el centro de salud requiere un espacio o sala específica en la que el terapeuta ocupacional pueda disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo la valoración y el tratamiento. Las dimensiones de la sala han de ser suficientes para permitir el trabajo en grupo, la movilidad en silla de ruedas y la demostración de ayudas técnicas. En la tabla 2 se recoge el material básico para esta sala.

Las líneas de intervención ocupacional en ambos contextos, ya sea el domicilio o el centro de atención primaria, son las que siguen:

- Entrenamiento de actividades de la vida diaria.
- Aplicación de principios ergonómicos para la salud: economía articular, simplificación de la tarea, conservación de la energía, higiene postural.
- Asesoramiento, prescripciones y adiestramiento en la utilización de ayudas técnicas.
- Programa de prevención de caídas.

TABLA 2. Material sala terapia ocupacional

Recursos materiales y de tratamiento para una la sala de terapia ocupacional

1. Mesas ligeras fácilmente acoplables
2. Sillas ligeras, con reposabrazos
3. Ayudas técnicas para el vestido
4. Ayudas técnicas para el aseo
5. Ayudas técnicas para la alimentación y cocina
6. Ayudas técnicas para la marcha
7. Ayudas técnicas para el ocio
8. Ayudas técnicas para la accesibilidad del mobiliario
9. Material termoplástico
10. Colchonetas
11. Material psicomotricidad
12. Material de entrenamiento funcional para miembros superiores
13. Material estimulación cognitiva
14. Espacio para entrenamiento de AVD
15. Cama regulable en altura, sillas con reposabrazos, algunas sillas sin reprosabrazos
16. Área audiovisual: ordenador, equipo música, sistema de TV-DVD

- Confección y entrenamiento en el uso de férulas.
- Adiestramiento ortoprotésico.
- Estimulación cognitiva.
- Formación del cuidador.
- Formación de profesionales de atención primaria.
- Adecuación del entorno del paciente.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con profesionales, cuidadores y colectivos con afectaciones concretas.

El rol del terapeuta ocupacional, al igual que el del resto de profesionales que trabajan en geriatría, debe extenderse más allá de lo que es la mejora de la enfermedad y la atención intermitente de la enfermedad aguda y la discapacidad.

La promoción de estados óptimos de salud y funcionalidad en las personas mayores debe partir de la atención primaria para evitar la aparición del deterioro funcional y para lograr una detección rápida de la situación y el retraso de la evolución hacia estados más dependientes en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
2. Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de geriatría. Barcelona: Masson; 2002. p. 87.
3. Risteen Hasselkus. Discapacidad funcional en ancianos. En: Hopkins H. Terapia ocupacional. 8ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 748.

4. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. Age Ageing. 2004; 33 (5): 453-60.
5. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Leemrijse CJ, van den Ende CH. Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clin Rehabil. 2005; 19 (3): 247-54.
6. Wressle E, Filipsson V, Andersson L, Jacobsson B, Martinsson K, Engel K. Evaluation of occupational therapy interventions for elderly patients in Swedish acute care: a pilot study. Scand J Occup Ther. 2006; 13 (4): 203-10.
7. Ignacio de Jesús J. Terapia ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, 2004. p. 33-4.
8. DECRETO 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de: Atención Primaria. 2007. p. 2.
9. García A, Gómez J, Maturana N, Ramírez R, Rodríguez A, Ruipérez I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2005. p.11.

Capítulo 10

Terapia ocupacional en unidades hospitalarias

A.I. Corregidor Sánchez

TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALES GENERALES

El ingreso hospitalario supone una irrupción importante en la experiencia vital del anciano y de sus familiares. Puede producirse por una situación aguda o por el agravamiento de un proceso crónico, en cualquiera de los dos casos el riesgo de deterioro funcional es muy alto, se sabe que, durante el ingreso hospitalario, el 30-50% de las personas mayores empeoran su situación funcional previa[1].

El periodo de hospitalización suele ir acompañado de incertidumbre e inseguridad. Los días de ingreso son un encuentro, tanto del paciente como de sus familiares, con el proceso clínico pero también con la pérdida de autonomía, en ocasiones no explicable por la enfermedad. El inmovilismo secundario a la hospitalización influye negativamente en la capacidad para controlar el entorno más inmediato y en el desempeño de actividades básicas, como las transferencias, el aseo o la deambulación.

Adoptar un enfoque ocupacional en el ingreso hospitalario de las personas mayores contribuye a prevenir el deterioro provocado por la hospitalización. Este enfoque consiste en añadir a la resolución clínica la variable de funcionalidad. No sólo importa que el problema de salud del anciano se resuelva, sino también que la realización de las actividades básicas se vea afectada en la menor medida posible. En el siguiente ejemplo se muestra un caso real:

> Joaquín, tiene 82 años, reside con su mujer de 78 años de edad en un piso en propiedad. Ingresa en el servicio de urología de un hospital general para una intervención quirúrgica. Previo al ingreso, el perfil ocupacional de Joaquín se caracterizaba por la independencia en las actividades básicas de aseo, alimentación, vestido y transferencias, supervisión en el baño para entrar en la bañera y deambulación insegura (por gonartrosis y dos caídas registradas en los últimos seis meses). Realizaba actividades instrumentales, como el manejo del dinero, toma de medicación, uso de medios de comunicación y había disminuido la utilización de transporte público y las compras, para las que contaban con el apoyo de dos hijas, que también les ayudaban en el cuidado del hogar. La duración del ingreso fue de 12 días por complicaciones secundarias a la intervención quirúrgica y, en el momento del alta, Joaquín precisaba la ayuda de su esposa para actividades básicas en las que previamente era independiente.

Contemplar si el paciente puede sentarse en la cama, ponerse de pie, dirigirse al baño o llamar por teléfono a sus familiares debe formar parte de la valoración. El ejemplo anterior muestra cómo el ingreso hospitalario puede agravar el nivel de fragilidad. Un enfoque funcional que hubiera promovido la sedestación en cama, las transferencias y la utilización de un andador para poder dirigirse al baño y colaborar en su aseo diario habría contribuido a mejorar el control sobre el entorno más cercano, combatido el inmovilismo y aportado una base sobre la que apoyar la recuperación posterior.

En el caso de Joaquín, favorecer la continuidad en el desempeño de aquellas actividades que la situación clínica permita proporciona la base para la recuperación en el contexto del alta. La formación a los familiares/cuidadores sobre las técnicas más adecuadas para el aseo, el vestido o las transferencias y la adaptación del domicilio también es un punto clave en la prevención de la dependencia (en el caso de Joaquín, la información sobre ayudas técnicas para entrar y salir de la bañera o el cambio por un plato de ducha-sumidero sin bordillos).

Los pacientes que pueden ser susceptibles de recibir la visita del terapeuta ocupacional para el entrenamiento funcional y la prevención de la dependencia pueden clasificarse de la siguiente forma:

1. Pacientes mayores con un único episodio de lesión, por ejemplo, los pacientes ingresados paral a intervención quirúrgica de una fractura de cadera.
2. Pacientes mayores en fase aguda de una rehabilitación a largo plazo, como los accidentes cerebrovasculares.
3. Pacientes mayores con enfermedad crónica que ingresan por una exacerbación aguda. En este grupo se incluyen personas con artritis, problemas cardíacos, enfermedades neurológicas o cáncer.
4. Pacientes ingresados para realizar pruebas invasivas de diagnóstico o control.

Obstáculos en hospitales generales para la intervención del terapeuta ocupacional

La intervención del terapeuta ocupacional para evitar la pérdida funcional de las personas ancianas ingresadas en hospitales generales que no cuentan con servicio de geriatría, se ve dificultada por tres motivos. El primero de ellos es lo que Baltes (1990)[2] definió como dependencia por estereotipificación social y subestimación de la competencia. La dependencia estereotipada hace que se considere normal que las personas mayores ingresadas no puedan realizar determinadas actividades sólo por ser mayores. Esta concepción impide detectar la anomalía o el deterioro funcional secundario al ingreso y aborta toda posibilidad de demandar la intervención del terapeuta ocupacional.

En segundo lugar, el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la relación del terapeuta ocupacional con la rehabilitación de las actividades de la vida diaria dificulta también la demanda de intervención. Este desconocimiento puede ser debido al reducido número de terapeutas ocupacionales que trabajan en hospitales (normalmente, uno o ninguno) y al reciente desarrollo de la profesión en nuestro país en comparación con otras disciplinas sanitarias.

El tercer motivo es debido a la ubicación física del terapeuta ocupacional en el hospital. Al depender del servicio de rehabilitación –conjuntamente con el fisioterapeuta o el logopeda–, el

departamento de terapia ocupacional se encuentra normalmente alejado del área de hospitalización y dirigido a pacientes en régimen ambulatorio. Este diseño hospitalario dificulta que el anciano, convaleciente por el ingreso, se traslade desde su habitación a otra estancia del hospital para el entrenamiento de las actividades de la vida diaria. La solución más adecuada sería la dedicación de varios terapeutas a la atención en planta, promoviendo una atención individualizada en la habitación de cada paciente con el objeto de estimular la realización de actividades básicas, como el aseo, la alimentación, transferencias o el vestido, el entrenamiento en ayudas técnicas si fuera necesario y la modificación ambiental para incrementar el control del anciano sobre su entorno más inmediato.

El tratamiento de terapia ocupacional en las unidades de ingreso hospitalario apunta hacia la continuidad en las funciones de automantenimiento, al asesoramiento en la modificación ambiental y utilización de ayudas técnicas y la formación de familiares si fuera necesario. En la mayoría de hospitales es necesario incrementar el número de terapeutas ocupacionales para poder dar cobertura, no sólo al tratamiento ambulatorio, sino también al tratamiento en planta de los pacientes mayores ingresados.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICAS

La adecuación del sistema sanitario al proceso de envejecimiento y a las necesidades de los pacientes ancianos es un requisito fundamental para la prevención y tratamiento de la dependencia. En esta línea, las unidades de hospitalización geriátricas tienen como principal objetivo ofrecer una atención progresiva en relación con la situación clínica y la funcional del paciente, contemplando las fases agudas, de recuperación funcional y de cuidados continuados.

La especial sensibilidad hacia la situación funcional del anciano, además de la resolución de la situación clínica, convierte las unidades geriátricas en el contexto profesional ideal para el terapeuta ocupacional. El equipo interdisciplinar, formado por médicos geriatras, equipos de enfermería especializados, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, ofrecen cuidados médicos y cuidados que promueven la actividad funcional durante los días de ingreso. La estructura de estas unidades[3] está integrada principalmente por la unidad geriátrica de agudos (UGA), la unidad de media estancia (UME), también denominadas unidades geriátricas de recuperación funcional, el hospital de día geriátrico (HDG), las consultas externas y la asistencia geriátrica domiciliaria (AGD). Unidades de reciente creación son las unidades de ortogeriatría y las unidades de demencia.

Según el Criterio de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores[4], la figura del terapeuta ocupacional está contemplada en las unidades de media estancia/convalencencia y en el hospital de día. En las unidades geriátricas de agudos y en la asistencia geriátrica domiciliaria no se regula su presencia. Sin embargo, la participación del terapeuta ocupacional en estas unidades es muy valorada y requerida por los médicos especialistas en geriatría. En el estudio Estándares de Calidad en Geriatría[5], el 97% de los médicos geriatras encuestados coinciden en que los ancianos que se encuentran en unidades de agudos y necesitan recuperación funcional deben tenerla tan pronto como su condición clínica lo permita. De igual forma, la evaluación del hogar y las pautas para la modificación ambiental para la

prevención de riesgos y la promoción de la autonomía son demandadas con frecuencia por el equipo de asistencia geriátrica domiciliaria. En este capítulo se describe el rol del terapeuta ocupacional en cada una de las unidades geriátricas.

Terapia ocupacional en la unidad geriátrica de agudos

La unidad geriátrica de agudos presta atención hospitalaria a ancianos que cumplen los criterios de paciente geriátrico con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas[3]. La estancia media suele variar entre 7 y 12 días y el equipo interdisciplinar está formado por el médico geriatra, el equipo de enfermería y la colaboración del área de trabajo social, terapia ocupacional y otras disciplinas médicas.

La estancia en estas unidades se percibe como un ambiente intimidante tanto para el paciente como para sus familiares, que afrontan una enfermedad seria. Este periodo de tiempo puede ser el encuentro con un diagnóstico grave, como puede ser un accidente cerebrovascular, y con la rápida transición de la autonomía funcional a la necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

En la mayoría de los casos el paciente puede sentirse sorprendido y abrumado por las pérdidas a las que enfrenta: salud, estilos de vida, funcionalidad-dependencia, incapacidad para seguir desempeñando sus roles y cambios sociales en su entorno. Cultivar la relación terapéutica y la eficacia y eficiencia del tratamiento es vital para crear un clima de seguridad y confianza.

El corto espacio de tiempo que la persona mayor permanece ingresada tiene fuertes implicaciones para la planificación de la recuperación funcional. Las intervenciones a corto plazo exigen la priorización de las evaluaciones y el tratamiento, así como la preparación del alta en relación con el destino del paciente (unidad de media estancia, residencia, domicilio anterior, domicilio de sus hijos).

Evaluación y tratamiento de terapia ocupacional en las unidades geriátricas de agudos (Fig. 1)

La evaluación ocupacional en estas unidades constituye un reto, la brevedad del ingreso marca un tiempo límite para completarlas y para desarrollar el plan de tratamiento, por ello la evaluación ha de ser más sintética que continua[6]. Para que la evaluación en unidades de agudos alcance la máxima eficacia y eficiencia, ha de articularse en cuatro fases que, de igual forma, determinarán de forma progresiva los cuatro estadios de tratamiento (Fig. 1).

Para ilustrar los objetivos de cada una de las cuatro fases de las que consta el proceso de evaluación en unidades geriátricas de agudos, se tomará como ejemplo el caso de Luís, varón de 79 años de edad que ingresa en esta Unidad por un accidente cerebrovascular izquierdo con hemiplejía total derecha.

La primera fase de la evaluación contempla la **percepción y vivencias del paciente** y de sus familiares. El ingreso puede producirse de forma inesperada, sin tiempo para la asimilación y comprensión de la situación actual, y el paciente puede no entender lo que está ocurriendo y no manifestar cuáles son sus dudas o preocupaciones. La evaluación ha de ser capaz de

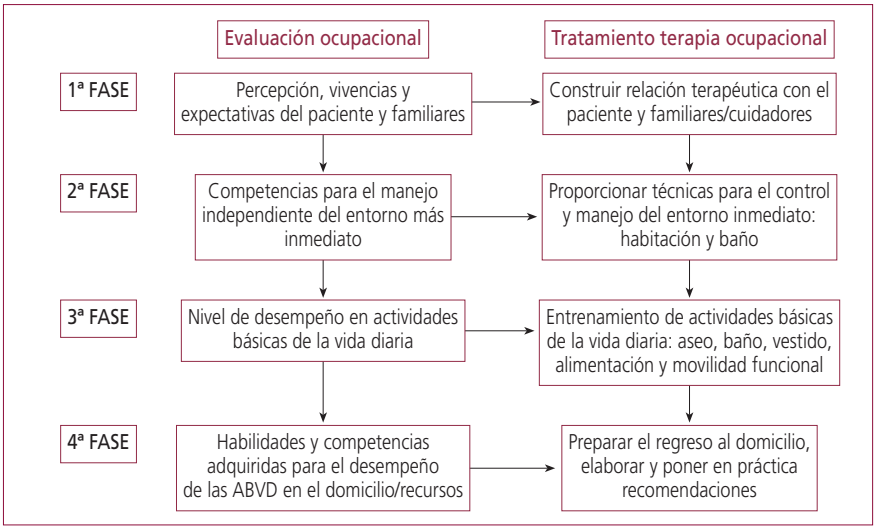
Evaluación ocupacional
Tratamiento terapia ocupacional
1ª FASE
Percepción, vivencias y expectativas del paciente y familiares
Construir relación terapéutica con el paciente y familiares/cuidadores
2ª FASE
Competencias para el manejo independiente del entorno más inmediato
Proporcionar técnicas para el control y manejo del entorno inmediato: habitación y baño
3ª FASE
Nivel de desempeño en actividades básicas de la vida diaria
Entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria: aseo, baño, vestido, alimentación y movilidad funcional
4ª FASE
Habilidades y competencias adquiridas para el desempeño de las ABVD en el domicilio/recursos
Preparar el regreso al domicilio, elaborar y poner en práctica recomendaciones

FIGURA 1. Fases de la evaluación y el tratamiento de terapia ocupacional en unidades geriátricas de agudos.

extraer este tipo de cuestiones para dar respuesta a las necesidades de información que tenga el paciente. Algunas cuestiones de la evaluación podrían ser:

- ¿Cuál es la situación funcional previa al ingreso?
- ¿Qué actividades son más valoradas por el paciente?
- ¿Sabe el paciente/familiares qué es lo que le ha ocurrido?
- ¿Cuál es el nivel de orientación personal, espacial y temporal?
- ¿Entiende el paciente por qué no puede mover/sentir la mitad de su cuerpo? ¿Cuál es su percepción de la situación?
- ¿Son cómodas las posiciones que adopta en la cama o en el sillón?
- ¿Entiende el uso preventivo de de las almohadas y cojines?
- ¿Cuáles son sus expectativas y las de los familiares? ¿Cuáles son sus temores y/o dudas?
- ¿Nivel atencional? ¿Motivación y actitud colaboradora?
- ¿Conoce qué es terapia ocupacional y cuáles son las funciones del terapeuta?

El abordaje de estas cuestiones supone el inicio de la relación terapéutica y de confianza entre el paciente y familiares y el terapeuta. Se establece además la línea base del tratamiento partiendo del conocimiento y comprensión de las consecuencias funcionales del ingreso y de las técnicas terapéuticas para su mejoría. Por último, se trabaja el ajuste entre la situación actual y las expectativas del paciente.

Fomentar la sensación de control en el paciente es el objetivo de la segunda etapa de evaluación y tratamiento. La seguridad y la autoconfianza dependen en gran medida del nivel de control que se ejerza sobre el entorno que nos rodea. Aunque el nivel de movilidad

funcional sea escaso por el proceso clínico, la evaluación y el tratamiento deben fomentar el sentimiento de competencia y manejo en entorno más próximo. La intervención, en esta fase, se dirige a la modificación ambiental y el entrenamiento funcional de la movilidad en cama, para responder de forma positiva a las siguientes preguntas:

- ¿Puede el paciente accionar el timbre de llamada o los interruptores de luz?
- ¿Puede descolgar el teléfono de la habitación?
- ¿Puede manejar la lencería de la cama para arroparse?
- ¿Puede encender y apagar la televisión?
- ¿Puede alcanzar utensilios personales de la mesilla?
- ¿Están accesibles las gafas, prótesis dentales o audífonos?

La tercera fase de evaluación y tratamiento aborda la **observación del desempeño de las actividades básicas** primarias, como la sedestación, bipedestación, aseo, vestido, utilización del retrete proveen los datos para la evaluación al mismo tiempo que para la intervención. Las diferencias entre el estatus funcional actual y el previo conducirán al terapeuta y al resto del equipo hacia objetivos adaptados a la situación potencial del paciente. Por ejemplo, si con anterioridad al ingreso un paciente precisaba la asistencia en el vestido por déficit motores, el tratamiento se priorizará hacia las actividades en las que el desempeño era independiente, como podrían ser la deambulación o el arreglo personal. La utilización de instrumentos estandarizados de evaluación funcional como pueden ser el índice de Barthel[7] o la escala ALSAR[8] resultan útiles y rápidas para la objetivación de la situación previa al ingreso y la actual.

En esta fase deben registrarse el nivel actual de autocuidado, reflejando si el paciente es independiente, requiere la asistencia de una persona o precisa equipamiento adaptado. Las actividades a considerar son el arreglo personal y la higiene, la alimentación, el vestido, el manejo de dispositivos de incontinencia y su ajuste a la ropa, la movilidad funcional. Una actividad instrumental que normalmente suele ser resuelta por los familiares o cuidadores próximos es la responsabilidad en el cuidado del hogar durante el periodo de tiempo que el paciente pase en el hospital. El ingreso pudo ser imprevisto sin que la persona tuviera tiempo de programar el estado en el que quedaría su casa y sus pertenencias. Es conveniente evaluar la capacidad actual de la persona para resolver este aspecto y colaborar conjuntamente con el trabajador social. La evaluación específica de las destrezas necesarias para desarrollar las AVD que se recogen en la tabla 1 llevará a cabo esta fase.

Respecto a la tercera fase del tratamiento, la aplicación de las diferentes técnicas para la graduación y el entrenamiento de transferencias, aseo, vestido y alimentación, se desarrollarán en esta fase de tratamiento. Se contempla además el adiestramiento en las ayudas técnicas para estas actividades y para la marcha, así como la confección de férulas para el miembro superior.

La graduación de la actividad es una filosofía básica de la terapia ocupacional[9]. En este punto del tratamiento graduar la intensidad y dificultad de cada acción que se realice responden a la necesidad de adaptar la actividad al nivel de resistencia y tolerancia a la fatiga del paciente. Las actividades como sentarse al borde de la cama, cambiar la posición o vestirse requieren un esfuerzo osteomuscular y de coordinación importante. En ocasiones la participación en actividades como el aseo puede estar dificultada por la conexión a monitores o vías de perfusión. Sin embargo, es importante que se realicen partes de la actividad de autocuidado de forma

TABLA 1. Evaluación de destrezas ocupacionales

Destrezas ocupacionales	Descripción de evaluación
Destrezas sensoriomotoras	Arco de movimiento de articulaciones Fuerza muscular Coordinación motora gruesa y fina Sensibilidad Resistencia Propiocepción Patrón postural. Percepción visual y auditiva
Destrezas cognitivas y de comunicación	Orientación Cognición Habilidad para seguir instrucciones Conceptuación Comprensión instrucciones verbales y no verbales Expresión de ideas y sentimientos
Destrezas psicosociales	Autoidentidad Autoestima Habilidad de adaptación a situaciones cambiantes Sistema de apoyo social

precoz, con el objeto de minimizar el periodo de "ruptura" en el propio automantenimiento. La participación en actividades muy simples, como el lavado de la cara en cama, el cuidado bucal o el peinado del cabello que se irán graduando teniendo en cuenta la postura en la que la llevan a cabo, los utensilios que se utilizan y la supervisión/ayuda que se presta.

Fomentar la participación e implicación de los cuidadores en este momento del tratamiento es importante para mantener los logros alcanzados por el paciente cuando llegue el momento del alta.

La cuarta fase de evaluación y tratamiento coincide con la **planificación del alta de la Unidad**. El plan del alta dependerá de dos factores relacionados entre sí, por una parte, el nivel de competencia funcional logrado por el paciente y, por otra, el destino del paciente después del alta. La evaluación del hogar y las propuestas de modificación ambiental tendrán sentido cuando se prevea la vuelta a casa. Si, por el contrario, el paciente es derivado a otra unidad hospitalaria o a un recurso socio-comunitario residencial, el plan de alta debe incluir un plan estructurado de actividad y un informe detallado de los avances obtenidos durante el breve tratamiento en la unidad de agudos. Las recomendaciones referentes al nivel y tipo de actividad a realizar, no sólo deben incluirse en el informe, sino que el terapeuta debe asegurarse de la comprensión de las mismas por parte del paciente y de los familiares.

Terapia ocupacional en unidades de media estancia geriátricas

Las unidades de media estancia geriátricas, también denominadas unidades de rehabilitación geriátricas o unidades de valoración y cuidados geriátricos, tienen como objetivo prioritario

la recuperación de ancianos con deterioro funcional, combinando un proceso intensivo de rehabilitación con la vigilancia clínica de la patología que motivó el ingreso[3]. La estancia media oscila entre 25 y 40 días. El equipo interdisciplinar está formado por el médico especialista en geriatría, el equipo de enfermería y celadores, trabajador social y terapeuta ocupacional.

La función del terapeuta ocupacional en las unidades de media estancia o de recuperación funcional es la de ayudar al paciente a adaptarse y comprende la situación actual, valorar la capacidad de desempeño del paciente, proporcionar actividades y programas de tratamiento consensuados con el paciente y acordes a sus necesidades y, por último, realizar las recomendaciones pertinentes en el momento del alta. Cada una de estas cuatro funciones se desarrollan a continuación.

Recuperación funcional: la transición de la discapacidad a la habilidad

El término recuperación funcional, ampliamente utilizado en el contexto geriátrico, hace referencia al proceso de restablecimiento de la capacidad global para desempeñar las actividades de la vida diaria. La extensión y la calidad de esta recuperación va a depender de la situación previa del paciente, del pronóstico funcional de la enfermedad, del proceso rehabilitador puesto en marcha y del nivel afectivo y colaborativo del paciente y de sus cuidadores. Las circunstancias de cada persona determinarán qué factor de los mencionados tiene más potencial para alcanzar el mayor nivel de recuperación.

El proceso de recuperación funcional implica dos transiciones importantes para el paciente y para su familia. Como se refleja en la figura 2, la primera transición y la más insidiosa es el paso de la habilidad a la discapacidad. Si el paciente no ha tenido tiempo para esta transición por la brusquedad y rapidez de la enfermedad, es probable que no se haya adaptado a las limitaciones funcionales reales y a las implicaciones que conlleva. La diferencia inmediata entre "lo que fue" y "lo que es" puede producir confusión, temor, inseguridad y desequilibrio y dar lugar a situaciones desconocidas e inaceptables para el paciente y su entorno.

En estos casos, la unidad de media estancia se convierte en un escenario de encuentro ambivalente; por una parte, el reconocimiento de las limitaciones y, por otra, la esperanza en

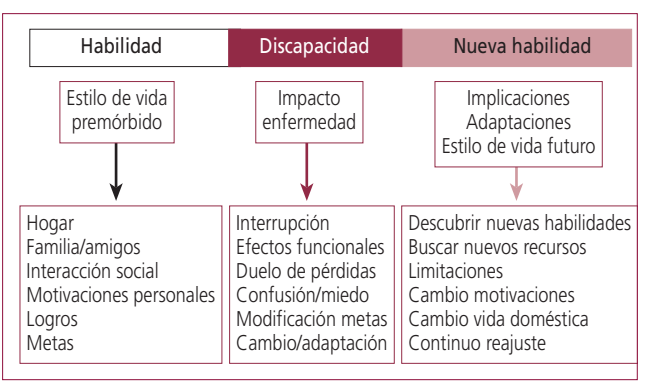

FIGURA 2. Transición de la habilidad a la discapacidad en pacientes geriátricos.

la mejoría y la recuperación de las pérdidas. El paciente conoce el significado de la habilidad del funcionamiento pero debe aprender el significado de la discapacidad. La integración de ambos conceptos es importante para conseguir un desempeño funcional adaptativo, orientado hacia la capacidad.

Cuando el paciente padece las remisiones y exacerbaciones de una enfermedad progresiva, el encuentro con las potencialidades de recuperación es cada vez más tenue y el tratamiento rehabilitador adquiere un enfoque compensador, explorando los recursos residuales sin perder la visión de la capacidad.

El segundo proceso de transición es el que acontece de la discapacidad hacia la habilidad. Es una progresión positiva que alienta el tratamiento rehabilitador y debe ser aprovechado para motivar al anciano hacia la autodirección y el logro de sub/tareas independientes y productivas. Ayudar a reconocer el punto máximo de la recuperación es vital para organizar, adaptar y aceptar un nuevo estilo de vida.

La recuperación funcional en su totalidad, es decir, la vuelta al nivel de autonomía previo al ingreso después de una enfermedad grave, es difícil de alcanzar en la población geriátrica, fundamentalmente por los procesos de comorbilidad y fragilidad. Sin embargo, el restablecimiento puede ser alcanzado parcialmente y compensado con la inclusión de ayudas técnicas. Por ejemplo, un anciano con deterioro funcional y dependencia moderada no podrá realizar el aseo completo y las transferencias con las destrezas previas, pero sí podrá dirigirse al baño con un andador y lavarse sentado en una tabla de bañera y utilizar una esponja con mango adaptado para evitar la flexión y el riesgo de pérdida de equilibrio.

El terapeuta ocupacional basa su intervención en el conocimiento del paciente mayor, como una persona con una historia singular de actividades vitales, patrones de vida diaria e intereses ocupacionales que se ven interrumpidos por el desarrollo de una enfermedad aguda o crónica. El proceso de recuperación funcional pretende, desde esta óptica, reconstruir un estilo de vida y retomar el desempeño de las actividades que son significativas para el sujeto a través de la evaluación pormenorizada, el establecimiento de objetivos y la puesta en marcha del programa de tratamiento.

Proceso de terapia ocupacional en unidades de media estancia geriátricas

Recursos materiales necesarios y cooperación intedisciplinar

La interacción entre la persona y su contexto influye en su comportamiento y en el desempeño de las diferentes tareas. Las influencias ambientales pueden tener efectos positivos o negativos sobre el tratamiento. En la medida en la que el entorno sea percibido como agradable y atractivo, a la par que conquistable, la interacción será positiva y continua. Sin embargo, si las demandas del entorno superan las capacidades de la persona, la interacción será negativa e influirá considerablemente en la persona y en su desempeño ocupacional. Por ejemplo, una habitación con una disposición inadecuada del mobiliario puede impedir que el paciente alcance el éxito cuando intenta acceder a la mesilla donde guarda sus gafas o comer en una mesita estrecha sin posibilidad para el error en la precisión de movimientos necesarios.

El contexto físico en el que se lleve a cabo la rehabilitación es una variable importante en la motivación del paciente y la consecución de los objetivos consensuados con éste y sus familiares. Un ambiente preparado para ofrecer oportunidades y logros es un ambiente estimulante, provoca el deseo de poner en marcha nuevas habilidades y destrezas para la resolución de las nuevas situaciones.

En las unidades de recuperación funcional la habitación del paciente es el principal escenario de tratamiento. Actividades básicas de la vida diaria, como la movilidad en la cama, las primeras transferencias, el vestido y el aseo personal comienzan a realizarse en este lugar. Considerar factores, como los expuestos en la tabla 2, relacionados con la disposición del espacio contribuyen a mejorar el funcionamiento del paciente, el control del entorno y la prevención de riesgos.

La iluminación, la disposición del mobiliario y el espacio circundante alrededor de la cama y el sillón geriátrico, condicionan el manejo de la silla de ruedas o el andador. La accesibilidad de los elementos de comunicación, la personalización de la habitación y la adaptación del baño son factores básicos para que actividades de la vida diaria como el uso del retrete o las transferencias puedan desarrollarse con más amplitud.

Otro espacio de tratamiento es la sala de terapia ocupacional que está ubicada dentro de la unidad de recuperación funcional. Esta sala es el contexto idóneo para crear un área de trabajo programado y perfeccionar las destrezas necesarias en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, si durante la realización de las actividades de arreglo personal se ha observado disminución de fuerza en la prensión para sostener el peine, en el departamento se podrán trabajar tareas que requieran prensión y agarre con el hombro en elevación y el codo en flexión.

El ambiente de la sala de tratamiento brinda una atmósfera de actividad y logro productivo de las sub/tareas de la vida diaria, para provocar "la intención de hacer". La programación de actividades se dirige a lo que es interesante, tiene propósito y es aceptable para el paciente, de modo que éste pueda ver su relación con las metas globales de la recuperación funcional. También ofrece la posibilidad de que el paciente trabaje en proximidad a otros pacientes que podrían tener un efecto terapéutico sobre él. El espacio de la sala y los recursos materiales pueden variar en función de las características de la unidad y la tipología de pacientes; los requisitos mínimos se exponen en la tabla 3.

TABLA 2. Disposición y elementos del espacio para mejorar la funcionalidad

- Modificaciones en la habitación del paciente
- Iluminación
- Disposición de mobiliario accesible al paciente
- Espacio amplio alrededor de la cama, para realizar giros
- Elementos de comunicación con control y teléfono accesibles y fácilmente manejables
- Tipo y ubicación del sillón geriátrico
- Personalización de la habitación
- Retrete y lavabo accesible por los dos lados

TABLA 3. Material básico de la sala de terapia

- Ocupacional en UME
- Material audiovisual e informático
- Mesas y sillas con resposabrazos de fácil manejo
- Cama regulable en altura
- Colchonetas para actividades de relajación
- Material de rehabilitación de MMSS y MMII
- Material rehabilitación para prensión y pinza
- Material rehabilitación sensorial y sensibilidad
- Material de estimulación cognitiva
- Utensilios de baño, vestido y cocina
- Tableros de actividades instrumentales
- Soportes en pared para realizar actividades en bipedestación
- Pulsadores adaptados
- Ayudas técnicas para aseo y vestido
- Ayudas técnicas para la marcha
- Ayudas técnicas para el ocio
- Teléfonos adaptados

El despacho de terapia ocupacional debe ubicarse lo más cercano a la sala de tratamiento. El diseño más funcional es la integración de éste en la misma sala, es el que muestra la figura 3; las cristaleras permiten realizar valoraciones o recibir a familiares al mismo tiempo que supervisar el nivel de actividad en la sala. La cooperación interdisciplinar, además de ser un pilar básico de la geriatría, es un requisito indispensable de la recuperación funcional en unidades de media estancia. Los logros alcanzados en el desempeño ocupacional, tanto en la habitación como en la sala, deben ser reforzados por el resto del equipo. Por ejemplo, si un paciente aprende a utilizar cubiertos adaptados para la alimentación independiente, en la hora del desayuno o la comida, el personal de enfermería reforzará este logro y permitirá el tiempo necesario para llevarlo a cabo.

FIGURA 3. Departamento de terapia ocupacional con divisiones acristaladas.

Proceso de evaluación de terapia ocupacional: perfil ocupacional y análisis de la actuación ocupacional

La evaluación ocupacional del paciente ingresado en la unidad de media estancia geriátrica se dirige principalmente a la observación del desempeño de aquellas actividades básicas

e instrumentales de la vida diaria que puedan ser llevadas a cabo en el entorno de la unidad. Aunque la valoración de los intereses de ocio, educación y participación social es más propia de recursos asistenciales vinculados al domicilio, como pueden ser el hospital de día, el centro de día o el servicio de ayuda a domicilio, también pueden incluirse estos aspectos en la evaluación, siempre que sean prioritarios para el paciente.

El proceso de evaluación se estructura en dos etapas, la primera de ellas referente a la historia ocupacional del paciente y la segunda a la situación funcional actual. En términos ocupacionales, el proceso de evaluación tiene como objetivo conocer el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional[10].

La elaboración del perfil ocupacional del paciente proporciona información sobre la historia ocupacional del paciente, su forma de vida, intereses, valores y necesidades. Este perfil se emplea para obtener un conocimiento estructurado de las posibles expectativas e intereses ocupacionales. Las fases generales para crear un perfil ocupacional se ilustran en la figura 4.

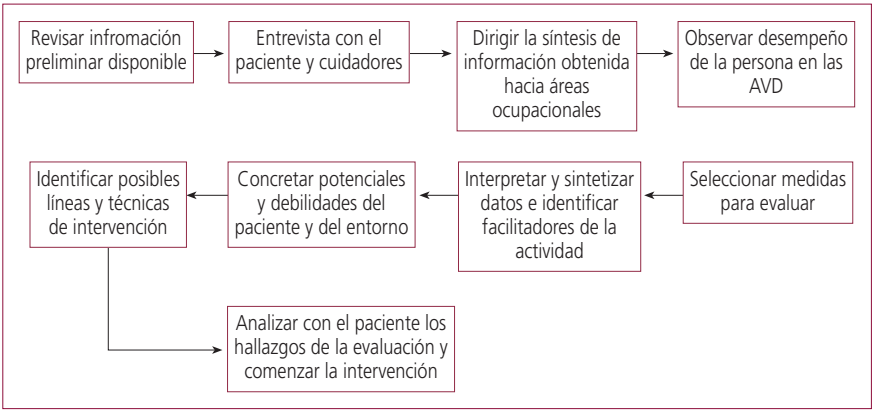
Revisar infromación preliminar disponible
Entrevista con el paciente y cuidadores
Dirigir la síntesis de información obtenida hacia áreas ocupacionales
Observar desempeño de la persona en las AVD
Seleccionar medidas para evaluar
Interpretar y sintetizar datos e identificar facilitadores de la actividad
Concretar potenciales y debilidades del paciente y del entorno
Identificar posibles líneas y técnicas de intervención
Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación y comenzar la intervención

FIGURA 4. Fases para la creación del perfil ocupacional.

Con un enfoque centrado en la persona[i], la información se recopila para juzgar que es lo importante y significativo para el paciente, es decir, "qué es lo que quiere y qué es lo que necesita hacer". La información necesaria para configurar el perfil ocupacional es la que sigue:

- Datos de filiación: ¿quién es el paciente?
- Patrón ocupacional diario: ¿qué solía hacer el paciente durante un día normal? ¿cuánto tiempo dedicaba a cada actividad y nivel de significado?
- Patrón ocupacional festivo: ¿qué solía hacer el paciente durante jornadas festivas?
- Roles ocupacionales: ¿qué roles desempeñaba el paciente y qué nivel de importancia adquirían?

[i]El enfoque centrado en la persona/cliente fue introducido en la práctica de terapia ocupacional por la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional en 1983, desarrollando el Modelo Canadiense de Rendimiento Ocupacional (MCRO).

- Áreas ocupacionales: ¿qué actividades de la vida diaria eran realizadas de forma independiente? ¿qué actividades de la vida diaria precisaban el soporte o ayuda de otra persona para su realización?
- Expectativas personales: ¿qué espera conseguir con el tratamiento de terapia ocupacional? ¿cuáles son sus prioridades?

De esta forma, se identifican las prioridades del paciente y los objetivos deseados que le ayudarán a involucrarse en actividades significativas. Únicamente el paciente puede identificar las ocupaciones que dan sentido a su vidas y seleccionar los objetivos y prioridades que son importantes para ellos. A este respecto, Chiou y Burnett (1985)[11] demostraron la diferencia de valor otorgado a las diferentes actividades de la vida diaria por parte de los pacientes y de los terapeutas. La única forma para salvar estas diferencias y responder a las necesidades y expectativas del paciente es la perspectiva centrada en el paciente.

Una vez recabada esta información, el terapeuta ocupacional desarrolla la primera hipótesis de trabajo respecto a las posibles causas de los problemas detectados e identifica las debilidades y fortalezas del paciente.

Después de esta primera hipótesis sobre las causas del deterioro funcional, la segunda etapa de evaluación se centra en analizar el desempeño ocupacional, esto es, la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este análisis requiere un entendimiento de la interacción entre el paciente, la actividad y el entorno. Las cuestiones a responder son, principalmente, seis:

1. ¿Qué actividades de la vida diaria se pueden hacer de forma independiente? y ¿cuál es el nivel de seguridad en el desempeño?
2. ¿Qué actividades se pueden hacer con supervisión o ayuda?
3. ¿Qué actividades no se pueden hacer sin ayuda?
4. ¿Tiene el paciente habilidad para solicitar ayuda y obtenerla?
5. ¿Tiene el paciente habilidad para instruir a la persona que presta ayuda?
6. ¿Tiene el paciente habilidad para adaptarse a los cambios impuestos por el deterioro funcional (aspecto, utilización de ayudas técnicas, cambios en los hábitos)?

Las claves para responder a estas cuestiones son la observación directa del desempeño del paciente y la selección de un instrumento de valoración para cuantificar el nivel de realización en cada actividad. La observación ha de ser consentida por el paciente y planificada con antelación. La utilización de escalas de evaluación traduce el nivel de desempeño del paciente en una puntuación entendida por todos los miembros del equipo y utilizada para valorar la evolución del paciente a medida que transcurren días del ingreso. Desde la publicación en 1965 de la escala pionera diseñada para evaluación de las actividades de la vida diaria, el índice de Barthel[7], han sido muchas las escalas desarrolladas desde los ámbitos de la rehabilitación, psicología, medicina o terapia ocupacional. En la tabla 4 se recogen escalas creadas desde el ámbito de la rehabilitación o la psicología (escalas 1-10) y la terapia ocupacional[11-15].

Pero, a pesar del desarrollo y proliferación de escalas de evaluación de las actividades de la vida diaria, no existe un consenso sobre qué pruebas de evaluación son más idóneas para

TABLA 4. Escalas para evaluar las actividades de la vida diaria

	Nombre escala	Año de publicación	Autor
1	Escala calificación AVD[16]	1965	Dinnerstein, Lowenthal, Dexter M
2	Test de AIVD[17]	1980	Lawton
3	Índice de Barthel[7]	1965	Mahoney and Barthel
4	Escala BUSTOP[18] (*Burke stroke time-oriented profile*)	1979	Feigenson and Polkow
5	Formulación de evaluación de AVD	1973	Donalson
6	Escala de Cruz Roja[12]	1986	Guillén Llera
7	Índice de Kazt[19]	1963	Katz, Ford, Moskowitz
8	Escala Kenny de evaluación del autocuidado[20]	1965	Schoening
9	Escala de AVD de Klein Bell[21]	1982	Klein, Bell
10	Escala del nivel de rehabilitación LORS II[22]	1982	Carey Posavac
11	Medida de la independencia funcional (FIM)[23]	2000	Wright
12	Perfil de AVD[24]	2005	Dutil, Forget, Vanier and Gaudreault
13	Escala AMPS[25]	2001	Fisher
14	Valoración de Autocuidado[29]	2002	Melvilla, Nelson
14	Índice de Edmans[26]	1997	Edmans, Webster
15	Escala OCAIRS[27] *Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale*	1989	Kaplan & Kielhofner

los pacientes ingresados en las unidades de media estancia/cuidados postagudos. Y las escalas tradicionales de valoración presentes en la mayoría de servicios de geriatría, como el índice de Barthel o el índice de Cruz Roja[12], están siendo relevadas por las denominadas herramientas de segunda y tercera generaciones[13].

La sofisticación de la valoración integral llegó en 2005 de la mano de protocolos de evaluación en red, diseñados por diferentes grupos de expertos de más veinte países. El sistema InterRAI[14] es una red de colaboración de investigadores multidisciplinares que tiene como propósito mejorar la atención sanitaria de las personas ancianas, frágiles o discapacitadas basada en la evidencia científica. La toma de decisiones se realiza a través de sistemas de registros de valoración que son el resultado de un riguroso proceso de investigación y de pruebas para establecer siempre la mejor fiabilidad y validez de los ítems, de las escalas de medición de resultados, de los protocolos de valoración, de los algoritmos de Case Mix y de los indicadores de calidad.

Estos protocolos o sistemas de valoración tienen como objetivo ayudar al evaluador a interpretar sistemáticamente la información registrada en el instrumento. Existen diferentes protocolos en función del nivel asistencial en el que se ubique el paciente. Los ítems de los diferentes protocolos son intercambiables y han sido validados en grupos focales. En la tabla 5 se recogen los 15 dominios que forman parte del protocolo de evaluación referente al paciente que requiere cuidado postagudo y que es descrito por el sistema de la siguiente forma: *pacientes de corta estancia, en*

TABLA 5. Dominios interRai para la evaluación de cuidados postagudos[15]

Datos de identificación	Ingreso e historia previa
Cognición	Situación funcional
Continencia	Diagnósticos de enfermedades
Condición de salud	Estado oral y nutricional
Estado de la piel	Medicación
Tratamiento y procedimientos	Posibilidades
Posibilidades al alta	Información de evaluación

general, hospitales de rehabilitación que han experimentado recientemente un descenso en la situación funcional y tienen capacidad para más mejoras funcionales y cognitivas[15].

Herramientas de evaluación propias de terapia ocupacional

Existen pruebas de evaluación funcional, diseñadas desde terapia ocupacional y centradas en el desempeño de cada área ocupacional. A continuación las pruebas más utilizadas por los terapeutas ocupacionales.

Assessment of Motor and Process Skills: AMPS[25]

La evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento es una herramienta de evaluación que se utiliza para medir la calidad de una persona en las actividades de la vida diaria. Los resultados del AMPS pueden ser utilizados para conocer qué destreza tiene la persona (el grado de habilidad) al realizar cada tarea de la vida diaria y qué aspectos específicos de la realización son difíciles o relativamente fáciles de realizar. Algunos de los ejemplos de las actividades que recoge esta herramienta son pasar aspiradora moviendo muebles, hacer una cama con sábanas y manta, servir refrescos, hacer tostadas, fregar platos a mano, planchar una camisa limpiar zapatos con cepillo o trasplantar una planta.

Las *habilidades motoras* son entendidas como habilidades que incluyen movimiento personal o movimiento de objetos. Las *habilidades de procesamiento* son las utilizadas para: a) seleccionar, e interactuar con el entorno; b) lleva a cabo la acción; y c) modificar el rendimiento cuando se detectan problemas. Esto permite detectar los cambios significativos en las destrezas motoras y de procesamiento en términos de incremento o deterioro y proponer los enfoques de intervención más eficientes.

La calidad del desempeño se evalúa contemplando cuatro variables: esfuerzo, eficiencia, seguridad e independencia. Contiene 16 factores de habilidad motora y 20 factores de habilidad de procesamiento e incluye un total de 85 tareas de actividades de la vida diaria. Tanto las habilidades motoras, como las de procesamiento, se puntúan de 1 a 4 (déficit, inefectivo, cuestionable y competente). En la tabla 6 se ejemplifica la evaluación de las subtareas para preparar bocadillos.

El AMPS permite materializar la observación anotando la puntuación en un formulario que se introduce en un sistema informático que da como resultado cuatro informes: informe narrativo, informe gráfico, informe de evolución de progreso y resumen de la ejecución de habilidades.

TABLA 6. Secuencia de pasos AMPS para evaluar la actividad de preparar bocadillos

1. Llegar al armario
2. Encontrar y seleccionar el pan (buscar/encontrar, elegir)
3. Agarrar y levantar la bolsa del pan
4. Transporte del pan hacia la superficie de trabajo
5. Mantener abierto el pan (manejar, manipular, coordinar)
6. Iniciar el próximo paso de poner la mermelada en el pan
7. Untar la mermelada en cantidad adecuada con fuerza para no romper el pan
8. Uso del cuchillo para cortar el bocadillo
9. Recoger y limpiar la superficie de trabajo

Evaluación de las circunstancias ocupacionales: OCAIRS[27]

La evaluación de las circunstancias ocupacionales (*Occupational Circumstances Assessment-Interview Rating Scale*) proporciona una estructura para recoger datos respecto a la adaptación ocupacional del paciente. Tiene dos formatos en función del perfil del paciente: salud mental y discapacidad física, e incluye una entrevista semiestructurada y una escala de puntuación de 21 elementos. Estos ítems incluyen causalidad personal, valores y metas, intereses, roles, hábitos, habilidades, experiencias previas, ambiente físico y social y participación y adaptación ocupacional global.

Entrevista de la historia del desempeño (segunda versión)[27]

La entrevista de la historia del desempeño ocupacional (*Occupational Performance History Interview-Second Versión*: OPHI-II es una entrevista que recoge información sobre la adaptación ocupacional de una persona en el tiempo. Consta de tres partes, una entrevista semi-estructurada relativa a la historia vital ocupacional de la persona, tres escalas de evaluación y una narrativa vital. El formato de entrevista está diseñado para recoger información en cinco áreas temáticas (elección de actividades/ocupacionales, hechos vitales, rutinas diarias, roles ocupacionales y circunstancias de comportamiento ocupacional). Las tres escalas de evaluación proporcionan una medida de los intereses, los valores y la seguridad de la persona, su capacidad de mantener una participación ocupacional satisfactoria y el impacto del ambiente sobre la vida ocupacional.

Medida canadiense del desempeño ocupacional (*Canadian Occupational Performance Measure* –COMP–)[28]

Esta herramienta de evaluación está centrada en la percepción de la persona sobre su propio desempeño y sus posibilidades de mejora. Se basa en la realización de una entrevista semiestructurada que valora las áreas de autocuidado, productividad y ocio. Se pide al paciente que identifique cinco problemas de cada actividad que no puede realizar. La importancia de la actividad para la persona, la calidad de su desempeño y el nivel de satisfacción son evaluados en escalas de 10

puntos. El enfoque específico de la COMP en los problemas identificados por la persona está destinado a facilitar el establecimiento de los objetivos entre el terapeuta y el paciente.

Instrumentos de autoevaluación de objetivos y de evaluación de autocuidados Melville-Nelson

Los instrumentos de autoevaluación de objetivos de Melville-Nelson y la autoevaluación de los autocuidados (SCA) son herramientas de terapia ocupacional que han sido diseñadas para utilizarse en rehabilitación subaguda y residencias de ancianos. El SIGA está diseñado para ayudar a los pacientes a identificar metas para el tratamiento y hacer juicios en cuanto a los progresos hacia esos objetivos. El SCA está diseñado para el análisis objetivo de auto-cuidado de la terapeuta ocupacional. Estas dos herramientas pueden utilizarse en conjunto o por separado.

A través de la auto-evaluación de objetivos, se le pide información al paciente sobre su nivel de funcionamiento previo, su situación familiar, sus intereses y las rutinas habituales.

Una de las preguntas que ofrece este cuestionario para identificar los objetivos del tratamiento desde la perspectiva del paciente es la siguiente:

> "Piense en todas las cosas que usted era capaz de hacer antes de ingresar en el hospital. ¿Podría pensar qué cosas son difíciles de hacer ahora? Podrían ser actividades de autocuidado, actividades que hacía para divertirse, actividades que hacía en casa o cualquier otra cosa que quiera hacer. ¿Qué tipo de cosas le gustaría trabajar para mejorar en terapia ocupacional antes de volver a casa?"

Si el paciente tiene dificultades para identificar objetivos específicos, se aconseja listar actividades por áreas ocupacionales. Si, por ejemplo, el paciente identifica "caminar" como el único objetivo, es necesario concretar este objetivo.

> "¿Dónde le gustaría ir caminando? ¿A la cocina? ¿Al baño? ¿En el patio? ¿Ir a una tienda? ¿Salir por el barrio?"

Si el paciente identifica los objetivos de mejorar la fuerza, el equilibrio, o cualquier otro componente de la capacidad (en contraposición a una ocupación), puede preguntarse al paciente:

> "¿Este aumento de [fuerza, equilibrio….] qué le ayudará a hacer en la vida cotidiana?"

La evaluación de autocuidados de Melville-Nelson (SCA), contempla siete actividades de autocuidado: movilidad en cama, transferencias, vestirse, comer, ir al baño, higiene personal y baño. La evaluación se realiza en relación a dos ejes: nivel de ejecución y grado de asistencia que requiere. Cada actividad es analizada en subtareas (de 3 a 9 subtareas en función del tipo de actividad). Por ejemplo, la actividad de higiene personal consta de peinado y cepillado del cabello, cuidado de la dentadura, el lavado de manos, lavado de cara, afeitado y aplicación

de maquillaje. A su vez, cada subtarea se subdivide en cuatro microtareas, en la actividad de peinado, se evalúa si es capaz de realizarlo hacia la derecha, la izquierda y hacia atrás. De esta forma se puntúan las microtareas que el paciente es capaz de realizar. La puntuación total de los 7 ítems es de 140 puntos.

Proceso de intervención ocupacional en unidades de media estancia

El plan de intervención ocupacional recoge los métodos y las actividades de tratamiento que se llevan a cabo para dar respuesta a los objetivos y necesidades del paciente. En las unidades de media estancia, donde el mayor porcentaje de pacientes ingresados presenta patologías como accidente cerebrovascular, fractura de cadera e inmovilismo[30] y el tiempo de tratamiento es aproximadamente de un mes, las áreas ocupacionales que principalmente se trabajan son las actividades básicas y aquellas actividades instrumentales que los recursos del contexto hospitalario permitan.

En las evaluaciones iniciales, la totalidad de los pacientes identifican como objetivo prioritario mejorar el desempeño en actividades básicas, como la deambulación, el aseo, retrete, transferencias y vestido[31]. Las actividades instrumentales, además de estar mediadas por el género del paciente, pasan a un segundo lugar, siendo las más demandadas la medicación y el manejo del hogar. No obstante, áreas ocupacionales como la educación, participación social u ocio, a pesar de ser más susceptibles de ser abordadas en unidades más comunitarias, también podrán ser evaluadas y tratadas en unidades de ingreso hospitalario siempre que la situación funcional del paciente sea suficiente y forme parte de sus objetivos e intereses.

La reagrupación de actividades funcionales en programas de intervención ocupacional es un método útil para estructurar y organizar los tratamientos de los diferentes pacientes. Un programa de intervención ocupacional podría definirse como el conjunto de actividades planificadas y graduadas (crecientes en dificultad de ejecución), dirigidas a mejorar los componentes ocupacionales del desempeño. Los programas pueden diseñarse en base a las áreas ocupacionales o en base a las diferentes patologías. Por ejemplo, pueden desarrollarse programas para personas con accidente cerebrovascular y fracturas de cadera, o planificarse programas en base al aseo, vestido, movilidad en cama, en los que se incluyen a todos los pacientes que presenten déficit en estas áreas independientemente de la patología que padezcan.

Los principales programas que se desarrollan desde terapia ocupacional en las unidades de media estancia se vinculan al tratamiento de los componentes motores y sensoriales, al entrenamiento de actividades básicas e instrumentales, a la utilización de ayudas técnicas y a la modificación/adaptación del entorno. En la tabla 7 se desarrolla una propuesta de estructura de programas de tratamiento.

La selección y participación activa en los distintos programas contribuyen a la comprensión por parte del paciente y de sus familiares, de la relación existente entre los déficit funcionales presentes y los métodos de tratamiento que se utilizan para mejorar el desempeño. El cariz flexible y abierto de los programas facilita la inclusión de nuevas actividades que no han sido consideradas por el terapeuta, pero que son importantes para el paciente. Al mismo tiempo, transmite la sensación de unión y pertenencia al propio programa y al equipo interdisciplinar de la unidad.

TABLA 7. Programas de terapia ocupacional en unidades de media estancia

Programa de actividades básicas de la vida diaria en habitación	Control del entorno Movilidad en cama Aseo parcial en cama/aseo en baño Vestido: tumbado, sedestación, bipedestación
Programa alimentación	Deglución Manejo y reconocimiento de utensilios
Programa actividades instrumentales	Medicación Medios de comunicación Finanzas
Programa entrenamiento ayudas técnicas	Ayudas técnicas deambulación Ayudas técnicas aseo y baño Ayudas técnicas vestido Ayudas técnicas alimentación Ayudas técnicas transferencias
Programa movilidad funcional	Transferencias Escaleras/ascensor Salidas al exterior
Programa movilidad funcional miembros superiores	Movilidad gruesa miembro superior Prensión Pinza
Programa funcionamiento motor	Integración bilateral, lateral, línea media Coordinación motora gruesa Destreza motora fina Integración visomotora
Programa comunicación y expresión	Expresión y comprensión de ideas, conceptos, sentimientos
Programa prevención de caídas	
Programa entrenamiento sensorial	Táctil, cenestésica y propioceptiva, auditiva, visual
Programa estimulación cognitiva	Atención, concentración, razonamiento, secuenciación de la tarea
Programa modificación ambiental	Habitación, baño, unidad, domicilio
Programa manejo silla ruedas	Manejo silla ruedas en interiores y exteriores
Formación de cuidadores	Movilidad, normas protección articular, comunicación, uso ayudas técnicas

Recomendaciones al alta

Uno de los objetivos de la asistencia geriátrica es el de proporcionar una atención continuada a las necesidades que puedan presentar los pacientes geriátricos. La elaboración de informes y recomendaciones comprensibles para los pacientes es una práctica necesaria para la continuidad del tratamiento, el mantenimiento de la autonomía conseguida y la prevención de la dependencia.

Las recomendaciones de terapia ocupacional podrán ir dirigidas al paciente y/o a la familia. Las dirigidas al paciente se refieren a los programa de ejercicios que se pueden realizar,

los hábitos que se han de conservar, la forma de uso y cuidado de las ayudas técnicas o las técnicas específicas para continuar realizando las actividades de la vida diaria. Las recomendaciones destinadas a la familia tienen que ver con la movilización del paciente y las normas de protección articular, las técnicas de comunicación o la cantidad de ayuda necesaria para el desempeño de actividades del la vida diaria.

Las recomendaciones sobre la adaptación del domicilio se dirigen tanto al paciente como a los familiares. Las modificaciones más frecuentes son la accesibilidad de la bañera, la altura del retrete, disposición de mobiliario con zonas libres de obstáculos y colocación de asideros para facilitar transferencias.

TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALES DE DÍA

El hospital de día es una unidad hospitalaria destinada a la valoración y tratamiento integral, ambulatorio e interdisciplinar (geriatra, equipo de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajador social, logopeda) de ancianos frágiles y pacientes geriátricos que residen en la comunidad[3]. La atención diurna que prestan los hospitales de día tiene su origen en los años 50 en el Reino Unido. Veinte años después, eçn 1972, de la mano del Dr. Salgado Alba se iniciaba en España la creación del primer hospital de día, en el Hospital Central de Cruz Roja[32]. Este hospital de día contaba con una terapeuta ocupacional encargada de planificar la rehabilitación funcional de los pacientes[ii].

La principal ventaja de este recurso es su posición intermedia entre la hospitalización y la vida en la comunidad. Actúa a modo de conexión entre el hospital y la vida cotidiana del paciente, ofreciendo los servicios clínicos y rehabilitadores del hospital, permitiendo que el paciente resida en su entorno. El anciano asiste de forma diaria o en días alternos, con el objetivo de realizar actividades de rehabilitación y recibir atención médica y de enfermería cuando lo precise.

El déficit en una o más áreas ocupacionales y la necesidad de recuperación funcional es el factor común de la mayoría de pacientes que asisten al hospital de día. Las patologías más frecuentes entre los usuarios del hospital de día son el accidente cerebrovascular, reumatismos degenerativos, fracturas, patología cardiorrespiratoria, síndromes neurológicos y trastornos mentales (como depresión o demencia incipiente)[33]. Sin embargo, para la planificación de actividades y programas de tratamiento, no es tan indicativa la patología como el nivel funcional de cada paciente. La selección de pacientes susceptibles de asistir al hospital de día determinará la orientación del mismo. Por ejemplo, en EE.UU. los programas estrella de este recurso son el abordaje de actividades instrumentales, como la conducción de vehículos o el manejo del hogar, conjuntamente con el mantenimiento o exploración de nuevos roles comunitarios[34]; en España, es rara la selección de pacientes con este nivel de independencia para asistir al hospital de día, pero no por ello debe dejar de considerarse esta orientación.

Desde la perspectiva ocupacional, la vinculación directa con la comunidad y con el entorno habitual del paciente hacen de este recurso el escenario adecuado para afianzar el desempeño

[ii]Véase el capítulo 1: Historia y evolución de la terapia ocupacional en geriatría y gerontología.

en actividades básicas, entrenar las actividades instrumentales y explorar actividades de participación social y ocio. La generalización del programa de tratamiento al ambiente propio del paciente es más factible que en otras unidades hospitalarias, el paciente tiene la posibilidad de volver a casa cada día y comprobar su nivel de eficacia en las ocupaciones que realiza y que han sido entrenadas en el hospital de día.

Evaluación de terapia ocupacional en el hospital de día: actividades instrumentales y ocio

El proceso de evaluación ocupacional en los pacientes que asisten al hospital de día contempla todas las áreas ocupacionales, tanto las actividades de autocuidado e instrumentales, como todas aquellas tareas relacionadas con los roles de participación comunitaria: voluntariado, educación o actividades formativas.

Las elecciones de actividades pasadas, presentes y futuras, constituyen la narrativa ocupacional de cada persona, la historia de vida vista desde las ocupaciones que ha realizado. El hospital de día, por su cariz rehabilitador, es uno de los recursos más apropiados para ayudar a las personas mayores a construir o reconstruir sus narrativas ocupacionales, a pesar de la enfermedad, la discapacidad o las circunstancias de sus vidas. El terapeuta ocupacional a través de la evaluación sintetiza la información para crear el perfil ocupacional e identificar demandas y necesidades.

Como se ha mostrado en la sección anterior dedicada a la práctica de terapia ocupacional en las unidades de media estancia, la terapia ocupacional cuenta con herramientas propias de la disciplina para llevar a cabo la evaluación del desempeño de las actividades de la vida diaria (Tabla 4). A estas herramientas han de sumarse otras que recojan los intereses y motivaciones de la persona para ocupar el tiempo libre de forma satisfactoria (Figs. 5 y 6).

Si en la unidad de media estancia la principal motivación de los pacientes era la deambulación, el aseo y el retrete, en el hospital de día los pacientes priman poder salir a la calle y realizar actividades comunitarias y en compañía de otros.

Las disfunciones en las actividades instrumentales de la vida diaria reciben el nombre de limitaciones de las actividades según la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud[36]. Su evaluación puede responder a tres objetivos, como cribado de las limitaciones en la actividad, como base para la planificación del tratamiento o para facilitar la toma de decisiones respecto al alta del hospital de día. En base a esta concepción, se construye el diagnóstico ocupacional, elemento de síntesis del proceso de evaluación ocupacional.

El *diagnóstico ocupacional* se realiza en base a dos tipos de datos: descriptivos y explicativos[36]. Los primeros responden a la identificación de las actividades que no pueden realizarse (¿qué no puede realizarse de forma independiente?). En segundo lugar, se necesitan datos sobre la causa o las causas que limitan el desempeño de esas actividades (¿por qué no puede realizarse la actividad?). Por ejemplo, si se identifica la limitación en la actividad de cocina, las causas del déficit pueden ser por una visión deficiente, una cocina inaccesible, la falta de equilibrio, déficit atencional o la escasa motivación para cocinar. Inevitablemente ligado a esta evaluación, se encuentra en análisis de las demandas de la actividad (¿qué requiere la actividad para ser realizada?).

Los datos referentes a la intervención terapéutica están relacionados con la evaluación de la capacidad de la persona para modificar su desempeño en las distintas actividades (¿en qué medida tiene capacidad persona puede modificar la realización de la actividad?). En el ejemplo anterior, la evaluación se centraría en la capacidad de la persona para optimizar el déficit visual y atencional, modificar el diseño de la cocina, mejorar el equilibrio o recuperar la motivación para retomar la actividad de cocina. Del resultado de esta evaluación podrá deducirse si el método de intervención será un método restaurador (ejercicios para mantener la atención o mejorar el equilibrio) compensador (colocación de pizarra con el tipo de ingredientes y la secuencia de pasos; avisadores para apagar el fuego) o de prevención (adaptar la cocina para la prevención de caídas o accidentes).

La utilización de pruebas estandarizadas aporta objetividad a los datos conseguidos y permite una comparación numérica al finalizar el tratamiento. Entre las pruebas más utilizadas por los terapeutas ocupacionales para evaluar las actividades de la vida diaria destacan la evaluación de habilidades y recursos de vida (ALSAR)[8] que, con una escala ordinal de tres puntos, evalúa 11 actividades instrumentales de la vida diaria. También utiliza una escala ordinal de tres puntos, la evaluación de las habilidades de la vida de Kholman[37], que evalúa 17 actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud y del hogar.

Las pruebas de evaluación global AMPS[25] y COMP[28] también evalúan actividades instrumentales de forma específica, la primera a través de la observación y la segunda a través de la entrevista.

Según el informe sobre *La estructura social de vejez en España*[38], las actividades de ocio preferidas por las personas mayores de nuestro país son el turismo, la práctica de ejercicio físico y la realización de actividades manuales. Desde terapia ocupacional la evaluación de las actividades de ocio se dirige, por una parte, hacia la revisión de actividades de ocio previas y la posibilidad de continuar con ellas y, por otro, hacia la exploración de nuevos intereses de ocio. Se examina que iniciativas de ocio se llevan a cabo, con quién y con cuánta frecuencia. El inventario de intereses ocupacionales[39] es una de las herramientas más utilizadas en los departamentos de terapia ocupacional españoles. Consiste en un cuestionario autoadministrado diseñado para determinar el nivel de interés de la persona por determinadas actividades de ocio. También incluye si estas actividades se han realizado y si el sujeto tiene pensado realizarlas en un futuro. Es un cuestionario útil para conocer las preferencias, pero no informa de las habilidades y de la seguridad de la persona mayor para disfrutar del ocio. La medida de competencia en el ocio[40] ofrece un listado de intereses y evalúa la capacidad del paciente tanto para seleccionar actividades como sus habilidades para llevarlas a cabo.

La utilización de pruebas estandarizadas de evaluación supone una tradición importante desde la aparición del índice de Barthel en 1965. Sin embargo, y como señala Cristiansen (1991[41], la estandarización "crea dificultades formidables si se pretende obtener un cuadro preciso del nivel característico de desempeño funcional bajo las circunstancias cotidianas, que varía de una persona a otra. En las escalas globales los dominios de las actividades, por ejemplo, cocinar o manejar asuntos económicos, se evalúan como unidad y no como las subactividades que las componen. No es igual no poder cocinar por incapacidad para sostener el menaje debido a afectación ósea a no poder cocinar por alteraciones de memoria. En las figuras 5 y 6 se muestran ejemplos de la diferencia de enfoques en el tratamiento de terapia ocupacional relacionados con la causa

FIGURA 5. Enfoque compensatorio para la actividad, cuando la persona presenta déficit cognitivo.

FIGURA 6. Enfoque rehabilitador cuando la persona presenta déficit motor.

del déficit en la actividad de cocinar. Un ejemplo de enfoque compensatorio para la actividad de cocinar podría ser colocar un cartel indicativo frente a la placa eléctrica/gas que recordará la necesidad de apagar el gas (Fig. 5). Sin embargo, un enfoque rehabilitador incluiría la práctica de ejercicios motores destinados a mejorar la pinza y la prensión de utensilios de cocina (Fig. 6)

La evaluación cualitativa se hace imprescindible para aportar los datos que las escalas de medida estandarizadas no recogen. Con la entrevista cualitativa el terapeuta ocupacional obtiene información sobre:

- El *valor* o significado que otorga la persona a cada una de las actividades instrumentales.
- *Nivel de eficacia* percibida por parte de la persona y su entorno o la satisfacción que le reporta realizar cada actividad.
- *Seguridad*: nivel de riesgo que tiene la persona para interactuar con los objetos y sus ambientes cuando participa en actividades instrumentales. Es necesario diferenciar que la seguridad no es una cualidad del entorno por si mismo, pero si la transacción persona-actividad-contexto. Aunque el asidero colocado para evitar caídas al tender la ropa es una característica de seguridad, su presencia en la terraza no mejora la seguridad, a menos que se use realmente y de la forma correcta.
- *Dolor* experimentado al realizar la actividad o partes de la misma.
- *Fatiga* al desempeñar determinadas tareas instrumentales.
- Diferencia entre habilidad y hábito. Al evaluar en el hospital de día, por ejemplo, la capacidad y seguridad de una paciente para hacer la cama puede calificarse de independiente por poseer la habilidad necesaria. Sin embargo, en su hogar cabe la posibilidad de que puede no realizarla. Esta inconsistencia en el desempeño de la misma actividad, puede ser debida a que la paciente no se sienta capaz de realizar el traslado de la actividad por no tener el refuerzo y la seguridad ofrecida por el terapeuta.

La evaluación del entorno en el que reside el paciente habitualmente es recomendable para mejorar el desempeño. Se recomienda la utilización de un listado de riesgos o escalas de evaluación por ambientes para que la valoración sea estructurada y objetiva.

Evaluación de la capacidad de conducción

La capacidad para desplazarse en la comunidad es fundamental para participar en muchas ocupaciones y desempeñar roles. La movilidad funcional en la comunidad engloba desde cruzar un paso de peatones, utilizar transporte público o conducir un automóvil. En EE.UU., es habitual que el terapeuta ocupacional colabore con el instructor en la valoración y entrenamiento de las habilidades de conducción de personas con algún tipo de discapacidad.

El protocolo para la evaluación consiste en un examen previo de conducción, una práctica en la calle y el posterior informe de evaluación. El objetivo es proporcionar un plan viable de movilidad dentro de la comunidad que se adapte al nivel máximo de función de la persona mayor mientras se mantiene la seguridad pública.

La evaluación se inicia con una entrevista en la que se solicita información sobre la experiencia previa en conducción, los requisitos futuros como conductor y pasajero, la frecuencia de la conducción, las condiciones del camino habitual y el acceso al vehículo. Se realiza también un examen neuromuscular (rango activo de movimiento, tono, fuerza, coordinación muscular y sensibilidad). También se evalúa el equilibrio estático y el dinámico, la resistencia general y la capacidad para trasladarse al vehículo (Fig. 7). La capacidad para manipular el volante y el uso de freno así como la velocidad son los siguientes aspectos a evaluar. El campo visual útil y las habilidades perceptivas incluyen la valoración de la profundidad, percepción figura-fondo, constancia de formas, relaciones espaciales y negligencia unilateral. Las áreas cognitivas que se evalúan son atención, conocimiento de la discapacidad o deterioro que se presente, integración de normas de tráfico, memoria visual, secuenciación, resolución de problemas y tiempo de procesamiento cognitivo y respuesta.

FIGURA 7. Evaluación de capacidad global de conducción.

Posteriormente, las habilidades de conducción se evalúan en la realización de un recorrido real con el profesional de la autoescuela. La ruta debe comprender estacionamiento, calles tranquilas, avenidas con tráfico y autovia/autopista. En esta prueba el terapeuta identifica áreas de disfunción y proporciona los recursos técnicos que puedan minimizar estos déficit para alcanzar una conducción segura. La evaluación final se realiza con las ayudas técnicas instaladas.

Intervención ocupacional en hospitales de día

La planificación de la intervención ocupacional en un hospital de día depende de dos factores básicos. El primero de ellos es el perfil ocupacional/funcional que presenten los usuarios. Si el perfil funcional se inclina hacia la dependencia en actividades básicas de la vida diaria y ayuda para la deambulación, las actividades y los programas de intervención irán dirigidos a trabajar estas actividades conjuntamente con las actividades instrumentales. Si, por el contrario, el perfil de pacientes esperado mantiene la independencia en actividades

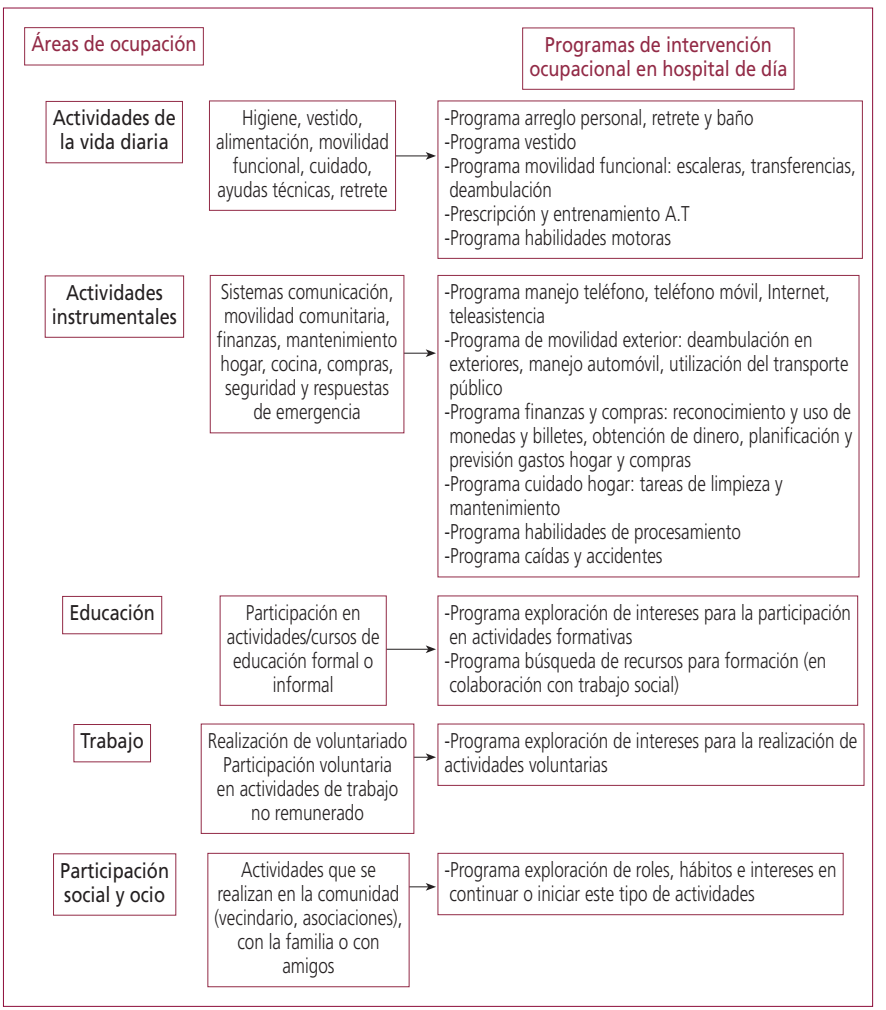
Áreas de ocupación
Programas de intervención ocupacional en hospital de día
Actividades de la vida diaria
Higiene, vestido, alimentación, movilidad funcional, cuidado, ayudas técnicas, retrete
-Programa arreglo personal, retrete y baño
-Programa vestido
-Programa movilidad funcional: escaleras, transferencias, deambulación
-Prescripción y entrenamiento A.T
-Programa habilidades motoras
Actividades instrumentales
Sistemas comunicación, movilidad comunitaria, finanzas, mantenimiento hogar, cocina, compras, seguridad y respuestas de emergencia
-Programa manejo teléfono, teléfono móvil, Internet, teleasistencia
-Programa de movilidad exterior: deambulación en exteriores, manejo automóvil, utilización del transporte público
-Programa finanzas y compras: reconocimiento y uso de monedas y billetes, obtención de dinero, planificación y previsión gastos hogar y compras
-Programa cuidado hogar: tareas de limpieza y mantenimiento
-Programa habilidades de procesamiento
-Programa caídas y accidentes
Educación
Participación en actividades/cursos de educación formal o informal
-Programa exploración de intereses para la participación en actividades formativas
-Programa búsqueda de recursos para formación (en colaboración con trabajo social)
Trabajo
Realización de voluntariado Participación voluntaria en actividades de trabajo no remunerado
-Programa exploración de intereses para la realización de actividades voluntarias
Participación social y ocio
Actividades que se realizan en la comunidad (vecindario, asociaciones), con la familia o con amigos
-Programa exploración de roles, hábitos e intereses en continuar o iniciar este tipo de actividades

FIGURA 8. Diagrama de programas de terapia ocupacional en el hospital de día geriátrico.

básicas y precisa afianzar el desempeño de actividades instrumentales y retomar actividades de ocio y participación social, las actividades de tratamiento proveerán programas destinados a este tipo de actividades.

Otro factor importante que puede determinar la estructura del tratamiento es el espacio físico del hospital de día. La mayoría de hospitales de día en España cuentan con sala de terapia ocupacional que contiene baño, cocina y espacio para otras actividades instrumentales[32] Además de estas zonas, imprescindibles para entrenar las habilidades necesarias para las actividades instrumentales, es preciso contar con un despacho para poder llevar a cabo las evaluaciones, entrevistas con familiares/cuidadores y la planificación del tratamiento.

Combinar los tratamientos ocupacionales individuales con los grupales ha resultado ser más eficaz que cualquiera de las dos opciones aisladas. De esta forma, el terapeuta ocupacional organiza la jornada para realizar tratamientos individualizados y llevar a cabo dinámicas grupales. En el desarrollo de cada programa figuran los objetivos del mismo, el tipo de actividades que incluye, qué características deben tener los pacientes para ser incluidos, frecuencia semanal, recursos materiales y humanos necesarios. En la figura 8 se explicitan los programas que tienen cabida en un hospital de día en relación a las áreas ocupacionales y el entrenamiento de habilidades motoras y de procesamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso T, Alonso-Ruiz MT, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G, et al. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 39 (1): 50-61.
2. Baltes PB, Baltes MM. Successful aging: perspectives from the behavioral sciencies. Cambridge: Cambridge. Unv. Press; 1990.
3. Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2008. p. 86-9.
4. Criterios de Ordenación de Servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General: Servicio de Publicaciones. Madrid, 1996. p. 63.
5. Serra Rexach JA, Ruipérez Cantera I (coord.). Estándares de calidad en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), 2007.
6. Neistadt M. Introduction to evaluation and interviewing. En: Occupational Therapy. 9ª edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998. p. 154.
7. Mahoney FI, Barthel DW. Funcional evaluation: Barthel Index. Md. State Medical Journal. 1965; 14: 61-5.
8. Williams JH, Drinka TJK, Greenberg JR, Farrell-Holtan J, Euhardy R, Schram M. Development and Testing of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in Elderly Community-Dwelling Veterans. Gerontologist, 1991; 31 (1): 84-91.
9. García-Margallo Ortíz de Zárate P, San Juan Jiménez M, Jorquera Cabrera S, Naval Morales L. El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional. Madrid: Aytona; 2005.
10. Cohn E, Boyt Schell B, Neistadt M. Consideraciones generales acerca de la evaluación. En: Crepeau E, Cohn E, Schell B (eds.). Terapia ocupacional. 10ª edición. Madrid: Panamericana; 2005. p. 280.

11. Chiou I, Burnett C. Values of activities of daily living. A survey of stroke patients and their home therapists. Physical Therapy. 1985; 65 (6): 901-6.
12. Guillén Llera F, García Antón A. Escala de Incapacidad de la Cruz Roja. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 1972; 7: 339-46.
13. González Montalvo J, Alarcón Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2008; 43: 265-7.
14. InterRai España. Disponible en: http://www.interrai-es.org/.
15. InterRal AC - Acute Care. Disponible en : http://www.interrai.org/section/view/?fnode=19
16. Dinnerstein A, Lowenthal M, Dexter M. Evaluation of a rating scale of ability in activities of daily living. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1965; 46: 579-84.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9 (3): 179-86.
18. Feigenson J, Polkow L, Meikle R, Ferguson W. Burke stroke time-oriented profile (BUSTOP): an overview of patient function. Archives Physical Medicine and Rehabilitation. 1979; 60 (11): 508-11.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RWl. Studies of illness in the aged: the index of ADL, standardized measures of biological and psychological function. JAMA. 1963; 185: 914-9.
20. Schoening H, Anderegg L, Bergstrom D, Fonda M, Steinke N, Ulrich P. Numerical scoring of self-care status of patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1965; 46 (10): 689-97.
21. Klein RM, Bell B. Self-care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale. Archives of Physica Medicine Rehabilitation. 1982; 63 (7): 335-8.
22. Carey R, Posavac E. Rehabilitation program evaluation using a revised level of rehabilitation scale (LORS-II). Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1982; 63 (8): 367-70.
23. Wright J. The functional assessment measure. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. 2000.
24. Dutil E, Forget A, Vanier M, Gaudreault C. Development of the ADL Profile: An evaluation for adults with severe head injury. Occupational Therapy in Health Care. 1990; 7: 7-22.
25. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Development, standardization, and administration manual. 5th ed. Vol. 1. Colorado: Three Star Press Inc.; 2003.
26. Edmans J, Webster J. The Edmans. DL index: validity and rehability. Disability and rehabilitation. 1997; 19 (11): 465-76.
27. Kielhofner G. Terapia ocupacional (MOHO) modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2004.
28. Chan C, Lee T. Validity of the Canadian occupational performance measure. Occupational Therapy International 2006; 4 (3): 231-49.
29. Nelson D, Melville L, Magness R, Grech J, Rosenberg J. Interrater reliability, concurrent validity, responsiveness, and predictive validity of the Melville-Nelson Self-Care Assessment. American Journal of Occupational Therapy. 2202; 56: 51-9.

30. Cabré M, Serra-Prat. Factores que determinan la derivación a centros socio sanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2004; 39: 367-70.
31. Mountain G. Occupational therapy with older people. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.; 2005. p. 109-10.
32. Hornillos Calvo M. Hospitales de día geriátricos en España: un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento. Tesis Doctoral. 2002. p. 39-41.
33. García Sierra J, Hornillos Calvo M. Hospital de Día Geriátrico. En: Manual de Geriatría. Barcelona: Masson; 2002. p. 177.
34. Hunt L, Arbesman M. Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. American Journal Occupational Therapy. 2008; 62 (2): 136-48.
35. CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2001.
36. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson-Elsevier España; 2003. p. 220-2.
37. Kohlman L. Kohlman evaluation of living skills: KELS. Rockville, MD. The American Occupational Therapy Association. 1992.
38. Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2006. p. 198-200.
39. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson-Elsevier España; 2003. p. 541-2.
40. Kloseck M, Crilly RG, Ellis GD, Lammers E. Leisure Competence Measure: Development and reliability of a scale to measure functional outcomes in therapeutic recreation. Therapeutic Recreation Journal, 1996; 30 (1): 13-26.
41. Christiansen C. Occupational performance assessment. En: Christiansen C, Baum C (eds.). Occupational therapy: overcoming human performance deficits. Thorofare, NJ: SLACK Incorportate; 1991. p. 378-80.

Capítulo 11

Terapia ocupacional en los servicios sociales comunitarios: servicio de ayuda a domicilio, centros de día y residencias

A.I. Corregidor Sánchez

La implantación en España de servicios sociales dirigidos a personas mayores es un hecho reciente. En los años ochenta comenzaron a desarrollarse algunos programas destinados a mejorar la situación de los mayores y es en el año 1991 cuando se gesta el Plan Gerontológico Estatal 1992-1999[1] bajo la perspectiva "envejecer en casa". Desde este momento y con el objetivo de dar respuesta a las preferencias manifestadas por las personas mayores en relación con permanecer en su entorno hasta que sea posible[i], se diseña una red de recursos sociales de apoyo domiciliario y comunitario para satisfacer estas demandas.

La atención domiciliaria y la atención diurna son los recursos que más favorecen la permanencia de las personas mayores en el entorno habitual en el que desarrollan sus vidas. La institucionalización o ingreso en un centro residencial se convierte en la alternativa para aquellas personas mayores que no puedan o no deseen continuar en sus hogares. Los servicios sociales, al igual que los servicios hospitalarios se estructuran de forma escalonada para adaptarse a las necesidades sociales que puedan presentar las personas mayores. El servicio de ayuda a domicilio, los centros de día y los centros residenciales representan los tres recursos básicos de atención social[2].

La terapia ocupacional como disciplina dirigida a promover la salud y la autonomía desde el tratamiento terapéutico de las actividades de la vida diaria, está reconocida en las principales modalidades de atención social a los mayores: el servicio de ayuda a domicilio, el centro de día y los centros residenciales[3].

El servicio de ayuda a domicilio (SAD) se compone de un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Estas intervenciones se clasifican en servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria, modificaciones ambientales y prescripción de ayudas técnicas y servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar. La intervención del terapeuta ocupacional en el domicilio de la persona mayor es fundamental para la valoración exhaustiva de la capacidad funcional

[i]El principal deseo de los ciudadanos mayores de 65 años, tal y como se viene constatando en las investigaciones y estudios realizados desde hace más de una década. Un ejemplo de ello lo aporta la última Encuesta de Condiciones de Vida (IMSERSO-CIS, 2006)[2] en la que sólo un 7,3% de las personas de 65 años o más eligen la posibilidad de vivir en una residencia.

real de la persona mayor y la capacidad de ayuda por parte de su cónyuge es la base para la planificación de una intervención rehabilitadora sobre las actividades de la vida diaria. Las directrices terapéuticas en la intervención domiciliaria que han de recibir las auxiliares de ayuda a domicilio se obtienen de la valoración funcional realizada por el terapeuta ocupacional. La valoración y modificación ambiental con la consiguiente prescripción de ayudas técnicas son otra aportación del terapeuta ocupacional a este recurso[4].

Los recursos de atención diurna son variados, desde hogares y clubes donde ser realiza actividades culturales, de ocio, juego y formativas, hasta centros de día donde se ofrecen tratamientos integrales para la prevención y el abordaje de la dependencia funcional. Bajo el epígrafe de hogares y clubes existen una gran variedad de recursos con distintos grados de especialización que ofrecen servicios muy diferenciados en función de los recursos disponibles y el perfil de los usuarios. En estos recursos, la presencia del terapeuta ocupacional es útil para implantar programas de prevención y detectar los intereses ocupacionales de ocio, participación social y educativos de los asistentes, así como para el desarrollo de actividades preventivas acordes con las preferencias y capacidades de los usuarios.

El centro de día se concibe para personas mayores que residen en sus hogares, pero que tienen algún grado de dependencia. Se define como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada con el objetivo de promover la autonomía y prevenir la dependencia[5]. Son de carácter intermedio al situarse entre el domicilio y los centros residenciales de estancia prolongada. Estos centros constituyen un recurso fundamental para que el anciano con deterioro funcional continúe permaneciendo en su domicilio, sin que se produzca una ruptura con su vida diaria y el entorno cotidiano. El equipo de profesionales básico esta formado por auxiliares de enfermería y enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, y trabajador social. El papel del terapeuta ocupacional es crucial para el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención, rehabilitación funcional y estimulación cognitiva dirigidos a mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria, así como la adaptación del domicilio.

Los servicios de atención residencial dirigidos a las personas mayores ofrecen, en centros de carácter abierto una atención integral, individual, especializada y continuada, además de alojamiento y manutención, en régimen permanente o temporal y, en numerosas ocasiones, una atención sociosanitaria completa[6]. Entre estos servicios se encuentran los centros residenciales, las estancias temporales y los sistemas alternativos de alojamiento (viviendas tuteladas, apartamentos residenciales). Las estancias diurnas representan la posibilidad que ofrecen algunas residencias de utilizar durante el día la globalidad de los servicios disponibles, excepto el de pernoctar. La función del terapeuta ocupacional en los centros residenciales se identifica con el mantenimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria que el entorno permita, así como el entrenamiento de habilidades motoras, cognitivas y sociales para favorecer un desenvolvimiento óptimo en un entorno distinto al propio hogar.

La reciente Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia[7] es otra de las áreas de intervención del terapeuta ocupacional en el ámbito social. En la actualidad el perfil del terapeuta ocupacional como valorador del baremo de valoración de dependencia (BVD) es reconocida en diversas Comunidades Autónomas

aunque no en todas[ii]. Esto se debe a la estrecha relación de esta profesión con las actividades de la vida diaria, que son objetivo diana del baremo que establece la ley.

PLAN GENERAL DE INTERVENCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL

Los centros de día y residencias de mayores cuentan con un plan general de intervención (PGI) en el que se enmarcan tanto los diferentes servicios que se desarrollan por parte de los distintos profesionales como los programas específicos de intervención. Este plan de intervención contempla tres áreas básicas: la persona mayor, la familia y el propio centro. La valoración e intervención integral del residente se sustenta en cuatro puntos:

a) Evaluación inicial interdisciplinar.
b) Diseño del plan individual.
c) Intervención y seguimiento bimensual del plan individual a través del sistema de tutorías.
d) Evaluación general y semestral.

La evaluación inicial al ingreso/asistencia de la persona mayor en el centro es de carácter interdisciplinar. El terapeuta ocupacional aporta la información referente al desempeño de la persona en la realización de las distintas actividades de la vida diaria, así como sus limitaciones en las habilidades y potencialidades. También informa del interés y las expectativas que tiene la persona mayor respecto a las ocupaciones que desea seguir realizando. Esta información proviene tanto de la observación directa de las actividades que realiza la persona como de la utilización de herramientas de valoración específicas de la terapia ocupacional. Estas herramientas de evaluación están centradas en evaluar las habilidades necesarias para llevar a cabo actividades de automantenimiento, instrumentales de participación social, educativas y de ocio.

En el diseño del plan de intervención el terapeuta ocupacional participa en el establecimiento de los objetivos consensuados con el residente relativos a las capacidades necesarias para llevar a cabo aquellas actividades de la vida diaria que sean significativas e importantes para la persona.

La intervención ocupacional en estos centros se basa en el desarrollo de distintos programas ocupacionales cuyos objetivos son la integración social, el apoyo al mantenimiento de los mayores en su medio habitual en el caso de los centros de día y la adaptación satisfactoria al nuevo hogar en el caso de las residencias de ancianos.

De forma similar, la Ley de Promoción de Autonomía y Atención a la Dependencia (LAAD) contempla la elaboración de un programa individualizado de atención (PIA)[8] en el que se ofrecerán las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona en relación al grado y nivel de dependencia, para la elección por parte del beneficiario/familiares de la que más se adapte a su situación. La revisión de este plan será periódica en el tiempo.

[ii]La figura del terapeuta ccupacional como valorador de la Ley de Dependencia es considerado en las CC.AA de Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, País Vasco y Extremadura.

EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

La evaluación de terapia ocupacional en los servicios sociales comunitarios es un proceso dinámico y cooperativo que tiene por objeto conocer a la persona mayor como "ser ocupacional", que da sentido a su vida a través de las ocupaciones que realiza. La valoración de las habilidades de desempeño (motoras, de procesamiento y comunicación) y de los niveles de ejecución de las actividades de la vida diaria proporcionan información sobre las actividades que pueden realizarse de forma autónoma y las que son problemáticas. La forma en la que la persona mayor estructura su tiempo diario y responde a las demandas de los roles que ha adquirido complementan esta evaluación. En la figura 1 puede observase un diagrama de los elementos que componen la valoración ocupacional. Esta valoración tiene tres ejes principales, el primero de ellos es referido a las características del contexto y a la influencia que éste genera en el comportamiento y el desempeño de la persona. Las demandas que requiere cada actividad para poder ser realizada también son analizadas. En segundo lugar, los factores de salud o diagnósticos médicos son también considerados en el proceso de valoración integral y relacionados con la capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas, por ejemplo, la capacidad cardiorrespiratoria puede influir negativamente y requerir la graduación/modificación de las distintas actividades en fases para que puedan ser realizadas con éxito.

La evaluación del desempeño en cada área ocupacional y en cada actividad es la parte más importante de la valoración de la ocupación. El terapeuta ocupacional evalúa con precisión el grado de autonomía en cada actividad, así como las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción que el paciente posee. De igual forma, considera cómo estas actividades se han ido organizando en hábitos y rutina conformando los distintos roles que desarrolla la persona. El objetivo principal de la valoración es no se queda en conocer el nivel de autonomía/dependencia, sino en comprender cómo esta situación afecta a la vida global de la persona y cómo influye en los roles que son valorados por la persona. Rehacer esos roles será el objetivo de la intervención ocupacional.

FIGURA 1. Componentes de evaluación ocupacional en recursos sociocomunitarios de atención a personas mayores.

Evaluación del contexto

El terapeuta ocupacional evalúa aquellos condicionantes sociales que puedan influir en el desarrollo del tratamiento y la elección de actividades por parte de la persona. No se trata únicamente de identificar factores de accesibilidad que puedan dificultar un desempeño independiente y seguro, sino también todos aquellos factores socioculturales y familiares que puedan influir en el desarrollo del tratamiento y la elección de actividades por parte de la persona. Por ejemplo, las expectativas que la familia tenga acerca del centro de día y la disponibilidad para participar en dinámicas y reuniones informativas podrán influir positivamente en el desarrollo del tratamiento y en la generalización de éste al hogar de la persona, de la misma manera que la actitud y los conocimientos del auxiliar de enfermería sobre la supervisión de las actividades de la vida diaria puede promover o dificultar un desempeño independiente del residente.

La adecuación accesible del centro de día y de los centros residenciales es fundamental para proporcionar dominio y seguridad al anciano que participa de ellos. Desde terapia ocupacional se realiza la evaluación del entorno teniendo en cuenta dos factores: el factor físico y el factor de orientación. Tanto en los centros de día como en las residencias, es fundamental ofrecer un entorno que permita desplazarse y llegar a todas las salas de forma segura y fácil. Las modificaciones físicas incluyen la colocación de barandillas a la altura adecuada, la supresión de escalones, la señalización, anchura y apertura de las puertas, el pavimento antideslizante y un mobiliario adecuado en altura y apoyo. El cuarto de baño requiere de una evaluación específica en cada caso, ya que su distribución es clave para potenciar la autonomía y prevenir riesgos. Esta distribución tiene que permitir acceder al lavabo y al *wc* por ambos lados, de esta forma podrán utilizarlo tanto a personas con movilidad reducida izquierda o derecha (p. ej., una persona con ictus o con afectación neurológica lateral). La colocación de barras abatibles (no fijas) a ambos lados del *wc* permite una colocación más adecuada de silla de ruedas y andadores en el momento de la transferencia.

La accesibilidad de orientación incluye la facilitación informativa sobre la ubicación de cada estancia y la localización de los profesionales. En el caso de centros de día psicogeriátricos, donde asisten personas con demencia, este proceso de orientación se intensifica con la exposición de carteles informativos sobre aspectos espaciotemporales y personales de cada individuo. Las figuras 2 y 3 son ejemplos de referencias espaciales diseñadas por el departamento de terapia ocupacional de la Residencia de Benquerencia (Toledo). Los vinilos están colocados en el suelo y en las puertas de cada estancia de la residencia[9].

FIGURA 2. Vinilo en suelo indicando la sala de televisión.

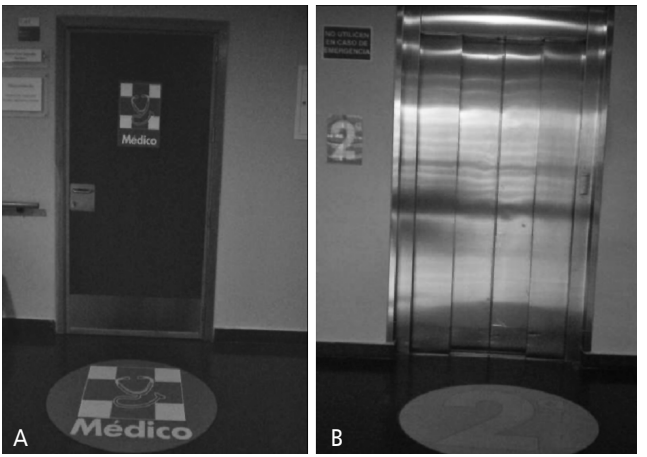

FIGURA 3. Residencia Benquerencia. A: vinilo en suelo y puerta indicando una consulta. B: vinilo próximo a ascensor indicando número de planta.

La evaluación estandarizada del entorno puede realizarse a través de índices de evaluación del hogar, como el desarrollado por Romero Ayuso (2001)[10] o índices referentes a la valoración de la accesibilidad de instituciones, como el cuestionario El protocolo de evaluación del entorno (*Multiphasic Enviroment Assessment Procedure MEAP, Moos y Lemke*, 1988)[11].

Evaluación ocupacional estandarizada del desempeño ocupacional

La participación del terapeuta ocupacional en la valoración geriátrica integral se realiza a partir de la utilización de test estandarizados como el índice de Barthel o el índice de Lawton y de los test específicos de la profesión. Los primeros permiten al terapeuta ocupacional evaluar el desempeño del paciente en determinadas actividades de la vida diaria y comunicarse utilizando los mismos criterios con el resto del equipo. Sin embargo, estas herramientas ampliamente utilizadas en el ámbito geriátrico, no ofrecen información detallada sobre las subtareas de cada actividad que están afectadas ni alcanzan las ocho áreas ocupacionales que el terapeuta ocupacional ha de evaluar para obtener un perfil ocupacional completo de la persona.

Por ello, además de los test generales de actividades básicas e instrumentales, el terapeuta ocupacional suele confeccionar una guía-protocolo de evaluación especifica con las tareas/subtareas más frecuentemente se ven alteradas para profundizar posteriormente en los motivos que causan un desempeño dependiente. En la tabla 1 puede verse un ejemplo de una guía básica de evaluación ocupacional de un centro de día o en una residencia de ancianos.

El AMPS[12] descrito en el capítulo anterior o el COMP[13] y la entrevista de la historia del desempeño[14] son distintas herramientas de evaluación ocupacional que se encuentran vinculadas a los diferentes modelos de práctica de la profesión y pueden utilizarse para complementar la información anterior. Proporcionan valiosa información, no sólo sobre el

TABLA 1. Ejemplo de guía de valoración ocupacional

Movilidad funcional	Cuidados personales	Labores domésticas
Moverse en la cama	Alimentación/comida	Preparación comidas
- Cambiar de posición	- Alimentarse de un plato	- Prepara comidas frías
- Volverse	- Beber taza, vaso, pajita	- Preparar comidas calientes
- Sentarse	- Usar utensilios	- Utilizar utensilios
Transferencias	- Cortar alimentos	- Utilizar aparatos eléctricos
- Cama	- Comer alimentos con dedos	Limpieza de la casa
- Silla	- Morder y masticar	- Limpieza ligera
- Bañera/ducha/wc	- Reagrupar el alimento para deglución	- Sacudir el polvo
- Coche	- Tragar	- Ordenar
Deambulación	Higiene	- Lavar/secar platos
- Superficie nivelada interior	- Lavar dientes/dentaduras	Limpieza pesada de la casa
- Terreno exterior	- Cepillar pelo	- Aspirar
- Rampas	- Afeitarse	- Limpiar ventanas
- Bordillos/escaleras	- Aplicar maquillaje	- Limpiar baños/cocina
Movilidad comunitaria	- Arreglar uñas	Manejo de ropa
- Entrar/salir vivienda	Bañarse	Lavar a mano
- Cruzar la calle	- Parte superior	Lavar a máquina
- Alrededores vecindario	- Parte inferior	Secar ropa
- Llegar parada te. público	- Secarse	Ordenar ropa
Transportar peso	Vestirse	Economía
Empujar y traccionar	- Parte superior	- Manejar dinero
Manipular	Blusa/camisa	- Reintegrar dinero
	Camiseta	- Realizar presupuestos
	Jersey	- Pagar impuestos
	Sujetador	Ir de compras
	Ortesis	- Alimentos
	Audífono /gafas	- Ropas
	- Parte inferior	- Necesidades domésticas
	Ropa interior	Utilizar teléfono/telealarma
	Pantalones/faldas	- Localizar número
	Calcetines/medias	- Marcar número
	Calzado	- Descolgar
	Ortesis/prótesis	- Dejar mensajes
	Accesorios de ajuste	- Recibir mensajes
	Control vejiga/intestinal	- Cargar el móvil
	Comunicarse:	Control medicación
	Comprender lenguaje hablado	- Reconocimiento envases
	Comprender lenguaje escrito	- Ingerir según indicaciones
	Comprender símbolos	- Reponer medicación
	Expresar necesidades	Transporte
		- Conducir automóvil
		- Identificar transporte público
		- Utilizar transporte público

desempeño ocupacional en cada área, sino también del significado y valor que la persona otorga a cada actividad, así como el nivel de motivación para emprender el plan de tratamiento rehabilitador en cada actividad.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

El trabajo en todos los niveles asistenciales geriátricos se caracteriza por su carácter interdisciplinar. El terapeuta ocupacional, como miembro del equipo interdisciplinar desarrolla los diferentes programas de intervención en colaboración con el resto de profesionales y de familiares/cuidadores principales. La intervención ocupacional aislada no consigue beneficios si no se generaliza en otros contextos y para esta generalización es necesaria la cooperación de otros profesionales del equipo. Por ejemplo, si el terapeuta ocupacional está entrenando con un paciente la alimentación independiente con el uso de cubiertos adaptados en la comida, igualmente en la cena y en el desayuno el equipo de auxiliares de enfermería deben facilitar estos cubiertos y disponer los utensilios de comida y la bandeja para la utilización de los mismos. El aseo y el vestido también son actividades que requieren de la generalización para su mejora. Es imprescindible que el equipo de enfermería tenga en cuenta los avances alcanzados en el departamento de terapia ocupacional para fomentar la autonomía alcanzada en las AVD de la mañana y de la tarde.

Programa de actividades de la vida diaria

El principal programa de intervención es el Programa de actividades de la vida diaria. Para la realización de las distintas actividades de la vida diaria, es necesario poner en funcionamiento las habilidades motoras, cognitivas y comunicativas, así como crear/mantener hábitos y rutinas que favorezcan la automatización de nuevas rutinas y movimientos a causa del deterioro funcional causado por la enfermedad. La actividad, en sí misma, es utilizada como fin y como medio para motivar y hacer participe al anciano en el proceso de recuperación de autonomía.

En ocasiones alcanzar la autonomía en determinadas actividades básicas e instrumentales puede requerir un esfuerzo considerable por parte del anciano. Por este motivo, es fundamental proporcionar sentido al esfuerzo entrenando aquellas actividades que la persona considere significativas y le permitan mantener los roles valorados. Realizar actividades que no presenten interés para la persona conduce a la desmotivación, dificultando la implicación del anciano en su proceso de autonomía.

La amplia gama de actividades diarias posibilita una oferta variada de tratamientos, desde el entrenamiento del aseo hasta la colaboración en un programa de voluntariado o el aprendizaje del manejo informático. Un enfoque centrado en el cliente permitirá valorar capacidades y motivaciones, llegando a consensuar con éste objetivos de tratamiento, actividades a entrenar y orden de las mismas. Es conveniente comenzar por actividades sencillas para devolver el sentimiento de control y autoconfianza perdido por el proceso de discapacidad.

Programa de ayudas técnicas/productos de apoyo y confección de férulas

El término ayuda técnica ha sido sustituido recientemente en la nueva norma UNE EN ISO 9999 por el de *productos de apoyo*. Los productos de apoyo se definen como "cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y *software*) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación".

Las acciones que se incluyen en este programa valoran de forma específica la necesidad de emplear productos de apoyo para favorecer un desempeño más autónomo y, en segundo lugar, para construir un espacio seguro en el que puedan disminuirse los riesgos de caídas y accidentes. En la tabla 2 ser expone la clasificación de productos de apoyo, así como la cantidad de productos que incluye cada categoría. Cada una de las categorías se divide en subniveles, por ejemplo, en la tabla 3 se recogen los subniveles de del nivel 12: productos de apoyo para la movilidad.

TABLA 2. Clasificación de productos de apoyo y cantidad

Nivel	Categoría	Productos
04	Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado	204
05	Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de capacidades	63
06	Ortesis y prótesis	
09	Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales	223
12	Productos de apoyo para la movilidad personal	356
15	Productos de apoyo para actividades domésticas	189
18	Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles	498
22	Productos de apoyo para la comunicación y la información	921
24	Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos	422
27	Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas	1
30	Productos de apoyo para el esparcimiento	74

TABLA 3. Productos de apoyo para la movilidad de productos en cada categoría

Nivel	Categoría	Productos
1203	Productos de apoyo para caminar manejadas por un brazo	24
1206	Productos de apoyo para caminar manejados por ambos brazos	16
1207	Accesorios para los productos de apoyo para caminar	5
1210	Coches	11
1212	Adaptaciones para coches	68
1216	Motocicletas y ciclomotores	38
1218	Ciclos	3
1222	Sillas de ruedas de propulsión manual	71
1223	Sillas de ruedas de propulsión motorizada	43
1224	Accesorios para sillas de ruedas	4
1227	Vehículos	20
1231	Productos de apoyo para transferencia y giro	15
1236	Productos de apoyo para elevación	31
1239		

La confección desde terapia ocupacional de férulas estáticas o dinámicas, principalmente del miembro superior, se lleva a cabo para la prevención de deformaciones como consecuencia de enfermedades neurológicas (ACV, lesión medular) o enfermedades osteoarticulares (artrosis, artritis), para la ampliación del arco articular y la potenciación muscular. Para realizar este tipo de ortesis es imprescindible contar con el material fungible (material termoplástico, vendas de escayola, velcros, cintas, etc.)e inventariable (pileta de agua térmica, secador, tijeras y lima).

Programa de psicoestimulación

El programa de estimulación cognitiva tiene como objetivo el mantenimiento de las funciones cognitivas necesarias para desarrollar las actividades de la vida diaria. El terapeuta ocupacional selecciona y gradúa las actividades de tratamiento en función del área cognitiva a estimular. También modifica las exigencias del entorno para que la persona alcance el éxito en la tarea.

Este programa puede llevarse a cabo de forma individual o grupal. Las sesiones individuales permiten mayor atención por parte del terapeuta y ofrecen menos distracción al paciente para realizar las tareas cognitivas. Las actividades grupales requieren que el número de participantes no sea muy elevado (en torno a 5-8 personas) y que estás tengan un nivel cognitivo similar. La colaboración de un auxiliar de enfermería en estas dinámicas contribuye a un mayor seguimiento y aprovechamiento de los beneficios de la estimulación cognitiva.

Las actividades que se diseñan para cada sesión tienen como objetivo estimular estas áreas de intervención y orientarlas hacia la ejecución de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, puede estimularse y entrenarse la orientación espacial con el objeto de que el paciente sepa llegar a su habitación desde el control de la unidad, o encontrar el baño. Otro ejemplo sería el entrenamiento en las habilidades de secuenciación dirigidas a las prendas de vestido. Los equipos informáticos son una alternativa actual a los programas que requieren sesiones formales o material manipulativo para llevarse a cabo.

Programas de intervención psicomotriz y prevención de caídas

El objetivo de estos programas es el de mejorar/mantener las capacidades psicomotoras necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria y evitar caídas. Existen diferentes variantes en relación con las sesiones de psicomotricidad.

Las sesiones de activación psicomotriz se desarrollan en un tiempo no superior a los 45 minutos. En el tiempo de iniciación se realizan ejercicios para familiarizar al participante con el contexto físico en el que se desarrolla la sesión, con los otros participantes y con el material que se utilizará. En el tiempo dedicado al núcleo central se promueven ejercicios para estimular las distintas áreas psicomotrices[15], como el reconocimiento corporal, la postura, el ritmo, las distancias interpersonales, etc. En la fase final de la sesión se realiza un resumen de los ejercicios realizados y de los objetivos que se han perseguido con la sesión, también se pueden incluir ejercicios de estiramiento suave.

Una variante de estos ejercicios son las sesiones que podrían denominarse físico-cognitivas, en las que al movimiento corporal se unen actividades cognitivas de atención, secuenciación, orientación, evocación, lenguaje. Suelen utilizarse materiales como pelotas, cintas y pizarra. Cada participante tiene que realizar distintos ejercicios físicos al mismo tiempo que ha de pensar y expresar tipos de monedas, prendas de ropa, utensilios de cocina, medios de trasporte, etc. Estos ejercicios cognitivos estarán en función de la actividad de la vida diaria que el terapeuta trabaje en cada sesión.

Las tablas/ejercicios de movilidad también son muy utilizadas para mejorar la movilidad de todos los segmentos corporales. Estas sesiones grupales de movilidad tienen una duración de 30 minutos aproximadamente. Los ejercicios se realizan normalmente en dirección céfalo-caudal y repasan todas las direcciones de movimiento posible de cada articulación. El número de repeticiones de cada ejercicio oscila entre 4 y 10, en función de la capacidad cardiorrespiratoria y cognitiva de los participantes. Están dirigidas a pacientes que no pueden realizar las sesiones antes descritas. Cada ejercicio es una praxia de los movimientos necesarios para llevar a cabo las subtareas de las que se componen las actividades de la vida diaria. La flexión de cadera se engrana dentro de la cadena de movimientos necesarios para vestir pantalones o calcetines.

La prevención de caídas se acompaña de la realización de ejercicios psicomotores para la mejora de la movilidad general, el equilibrio y las reacciones de respuesta ante imprevistos. Enseñar al anciano a detectar riesgos, levantarse del suelo y avisar a personas cercanas también forma parte de este programa, conjuntamente con la valoración del entorno. En la figura 4 se muestra el entrenamiento de una persona mayor para aprender a levantarse del suelo.

Estructura y organización del departamento de terapia ocupacional en los centros de día y residencias de ancianos.

La estructura del departamento de terapia ocupacional se sustenta en tres criterios: recursos humanos, la distribución del espacio y materiales, planificación temporal de programas.

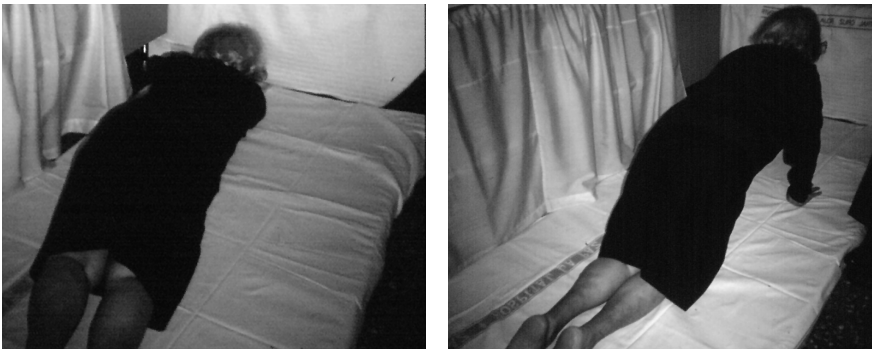

FIGURA 4. Entrenamiento para aprender a levantarse del suelo después de una caida.

RECURSOS HUMANOS

El departamento ha de contar con diplomados en terapia ocupacional que se responsabilicen de la organización y gestión de actividades, así como del registro y actualización de la documentación. El número de terapeutas ocupacionales dependerá de la capacidad del centro. El único *ratio* conocido a este respecto en nuestro país es el establecido por el Insalud[16], que determina un terapeuta ocupacional, un auxiliar de enfermería y un celador por cada 20 pacientes susceptibles de tratamiento. La experiencia demuestra que, si se trabaja de forma simultánea con pacientes, éstos no deben ser más de cinco.

En este sentido, la colaboración del auxiliar de terapia ocupacional es fundamental para rentabilizar el tiempo de tratamiento y ofrecer una atención más supervisada. En España no está reconocida la figura del ayudante de terapia ocupacional certificado como en EE.UU., donde el COTA (*Certified Occupational Therapist Assistant*)[17] tiene reconocido su plan de formación y las responsabilidades que puede adquirir en el trabajo. En los centros residenciales, son normalmente auxiliares de enfermería con interés por la rehabilitación las que trabajan en el departamento de terapia ocupacional. Las auxiliares se encargan de llevar a cabo actividades que el terapeuta ocupacional ha seleccionado, planificado y graduado en función de las capacidades del paciente y, en el caso de no contar con celadores, son éstas quienes desplazan a los pacientes desde su habitación al terapia ocupacional.

Distribución del espacio

El departamento de terapia ocupacional se caracteriza por ser un espacio acogedor, que ofrece un ambiente de confianza para la comunicación y relación social y que brinda oportunidades en lugar de prescripciones. Es un ambiente donde prima "el hacer" frente al "no poder", en el que se entrenan aquellas actividades cotidianas que son significativas para la persona.

La estructura básica del departamento debe contar con distintas estancias:

- Despacho, para realizar entrevistas con pacientes y familiares.
- Sala de AVD con cocina, cama y sala de estar (en esta sala se confeccionan las ayudas técnicas y férulas).
- Sala de tratamiento grupal/individual, con amplitud para movilizar mesas/sillas de ruedas y deambular sin riesgo de tropiezo o caída.
- Baño adaptado.
- Almacén.

Un departamento más completo puede contar con:

- Sala de psicomotricidad.
- Sala de estimulación cognitiva y sensorial.
- Sala de informática y otras actividades instrumentales.

El espacio mínimo para cubrir las necesidades básicas del departamento es el de aproximadamente de 50-75 metros. Las condiciones de luminosidad, accesibilidad y privacidad

son fundamentales para poder desarrollar los programas de intervención en un ambiente organizado y libre de distracciones. Estas condiciones son incompatibles con la ubicación del departamento de terapia ocupacional en el salón principal o en la sala destinada a las visitas.

El material básico del departamento incluye, como se recoge en la tabla 4, material de tratamiento funcional, de rehabilitación cognitiva y material para el desempeño de actividades de la vida diaria.

TABLA 4. Material del departamento de terapia ocupacional en centros de día y residencias

- **Zona de despacho**: equipo informático, teléfono, mesa y sillón de despacho, estanterías para material
- **Zona de tratamiento funcional**: mesas de tratamiento y sillas con reposabrazos, colchonetas, camilla y cama regulable en altura, adaptaciones para transferencias de cama, espejo de pared de cuerpo entero. Material termoplástico para fabricación de férulas y material para adaptar elementos de actividades de la vida diaria: engrosadores y cinchas multiusos

– Material para rehabilitación física compuesto por arco curvado para hombro, escalerillas de pared, tablero y barra para trepar, material para desensibilización, soporte deslizante del antebrazo, masilla resistente terapéutica, conos, tablero o soporte con cintas de distinta resistencia, cuentas, atril y goniómetro; material antideslizante, material de discriminación táctil, material para realizar prensión y pinza

– Material para rehabilitación cognitiva compuesto por fichas, tableros que trabajen el esquema corporal, fotografías y material real para la orientación temporoespacial, la memoria, la atención, la concentración, la numeración y la lógica. Material de papelería

– Productos de apoyo para vestido: velcro, gancho mango largo y gancho 2-3 extremos, pone medias, pinza alcanza objetos, calzador largo

– Material de psicomotricidad y ayudas técnicas para la movilidad

- **Material de cocina**: electrodomésticos: una cocina-horno (con adaptadores de mandos), una lavadora de carga frontal, una plancha, un frigorífico y un fregadero con grifo monomando de brazo largo. Menaje de cocina: cubiertos adaptados, cuchillos de sierra especial, pelapatatas, exprimidores especiales, abrelatas y sacacorchos especiales, tabla de cortar adaptada
- **Zona de aseo/baño**: aseos accesibles diferenciados por sexo, que estarán dotados de ducha para el entrenamiento en autocuidado; tablas y asientos de baño adaptados; elevador de wc, dosificador de jabón, esponja con elemento de suspensión y cepillo de uñas fijado con ventosas, adaptadores de peine, cepillo de dientes, máquina de afeitar y tijeras de uñas

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Muñoz N. Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997. Observatorio Permanente de los Mayores, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 1999
2. Sancho Castiello M, Pezuela Pinto M, Fernández Moreno M. Servicios Sociales para personas mayores en España. En Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2004.
3. Libro Blanco. Atención a las personas mayores con dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (IMSERSO) 2004; 75: 404 y 425.
4. Condiciones de vida de las personas mayores. Centro de investigaciones sociológicas. Estudio nº 2.647 septiembre 2006. p. 8. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/condvidappmm2006.pdf
5. Lilja M, Borell L. Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. Canadian Journal Occupational Therapy. 2001; 68 (1): 51-9.
6. Plan Gerontológico de Bizkaia 2006-2011. Bizkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia Gizarte Ekintza Saila. Departamento de Acción Social, p. 46.
7. Informe anual 2007. Centros del Instituto Nacional de Mayores y Servicios Sociales, 2007. p. 98.
8. Rodríguez Campo R, Calvo Torres I, García Crespo MV, López Otero J, Vázquez Otero AM. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008; 5 (8): 32 p. Disponible en: http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf
9. Gaitán Mejías V. Aranda Moreno A. Importancia de la adaptación ambiental como mejora de la orientación de personas con demencia, en residencias de mayores. IX Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. (Póster premiado) 2008.
10. Romero Ayuso D. Evaluación del hogar de Terapia Ocupacional. En: Romero Ayuso D, Moruno Miralles P (eds.). Terapia ocupacional, teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
11. Moos RH, Lemke S. iV/ultiphasic Environmental AI'5essment Procedure Palo Alto, CA Social Ecology Lahoratory, 1988.
12. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Development, standardization, and administration manual. 5th ed. Vol. 1. Colorado: Three Star Press Inc.; 2003.
13. Chan C, Lee T. Validity of the Canadian occupational performance measure. Occupational Therapy International 2006; 4 (3): 231-49.
14. Kielhofner G. Terapia ocupacional (MOHO) modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2004.
15. Guzmán Lozano S. Terapia ocupacional en los servicios de atención diurna en psicogeriatria. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P (eds.). Terapia ocupacional en geriatría. Principios y práctica. Barcelona: Masson; 2004. p. 243-4.
16. Criterios de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud, 1995. p. 57.
17. Ryan S. The occupational therapy assistant: roles and responsibilities: a comprehensive text for practice and education. Michigan: SLACK Inc.; 1986.

Capítulo 12

Terapia ocupacional basada en la evidencia

R. Martínez Piédrola, E. Huertas Hoyos

La investigación, en todos sus niveles y facetas, forma parte del contenido profesional de la terapia ocupacional. La necesidad de investigar en terapia ocupacional es un hecho indiscutible, la terapia ocupacional pertenece a las Ciencias de la Salud y, como el resto de disciplinas que la integran, debe trabajar en el fomento de la salud, en la prevención y en el tratamiento de la enfermedad. La investigación en terapia ocupacional tiene los objetivos de:

- Desarrollar y ampliar la base de conocimientos de la terapia ocupacional.
- Contribuir al desarrollo y validación de las evaluaciones de la terapia ocupacional.
- Documentar la efectividad de la terapia ocupacional.

Durante las últimas décadas se ha producido un cambio cualitativo en la práctica clínica en la que se ha evolucionado del empirismo científico al concepto de evidencia científica[1]. La *práctica basada en la evidencia* está en plena actualidad y adquiere una importancia cada vez mayor.

La medicina basada en la evidencia (MBE) fue introducida y difundida a principios de los 90 por el grupo de trabajo de la Universidad McMaster de Ontario (Canadá). Este es un nuevo paradigma para la práctica de la medicina que se contrapone al paradigma tradicional y que aporta un marco conceptual nuevo para la resolución de los problemas. Como la define el propio Sackett, pretende acercar los datos de la investigación a la práctica asistencial.

Los conceptos de *práctica basada en la evidencia* y *medicina basada en la evidencia* están relacionados entre sí. El concepto de *práctica basada en la evidencia* aparece con el propósito de solucionar problemas derivados de la práctica clínica. Este enfoque ofrece una alternativa a la actuación clínica basada exclusivamente en la opinión, experiencia o tradición, ya que engloba a todas éstas y promueve la toma de decisiones según la mejor evidencia disponible[2].

La MBE se desarrolla mediante los siguientes cuatro pasos:

I. Plantear una pregunta.
II. Buscar la mejor evidencia científica.
III. Evaluación científica y jerarquización de la evidencia disponible.
IV. Integración de todo lo anterior con la propia experiencia.

A partir de ese momento, para divulgar, promover y aplicar la práctica clínica basada en la evidencia, las organizaciones sanitarias y académicas han impulsado la creación y consolidación de grupos de trabajo y ha fomentado la formación de los profesionales. Además, se ha pro-

ducido un crecimiento espectacular en el número de publicaciones en revistas especializadas y en las bases de datos[3].

En la actualidad, la práctica basada en evidencias se está aplicando a la práctica clínica de terapia ocupacional. El propósito de la terapia ocupacional basada en evidencias (TOBE) sería desarrollar una práctica en la cual las actuaciones científicas, asistenciales, clínicas, de gestión y docentes se basen en el análisis de los resultados provenientes de la investigación (evidencia externa) combinados con la experiencia profesional (evidencia interna)[2].

El desarrollo de la práctica basada en la evidencia es, esencialmente, el mismo para terapia ocupacional que para otras disciplinas de la salud. Bennett y Bennett[4] proponen un modelo en el que la práctica basada en la evidencia se desarrolla de forma cíclica y que parte de las decisiones clínicas. Éstas se toman considerando al paciente y el contexto terapéutico. Ambos autores indican, además, que la práctica basada en la evidencia debe realizarse a lo largo de todo el proceso de terapia ocupacional, tal y como se describe en la figura 1.

Por tanto, la TOBE puede ser definida como el *proceso sistemático de búsqueda, evaluación y aplicación de los resultados de la investigación más actual, que ayuda a la toma de decisiones al terapeuta ocupacional, en base a las preferencias del paciente, su experiencia profesional y los recursos sanitarios y/o sociales disponibles*[4].

Aunque de manera más lenta que en otras disciplinas de la salud, poco a poco, se ha ido generando gran cantidad de información en el ámbito de la TOBE, lo que ha llevado a la creación de bases de datos específicas, revistas especializadas y páginas *web* acreditadas. A continuación se describen las fuentes documentales que apoyan la práctica basada en la evidencia de la terapia ocupacional:

Revistas científicas que incluyen artículos de terapia ocupacional se recogen en el siguiente cuadro. A continuación se muestran algunas de las fuentes que proporcionan a la terapia ocupacional información sobre práctica basada en la evidencia:

1. Revistas de terapia ocupacional.
2. Guías y orientaciones.

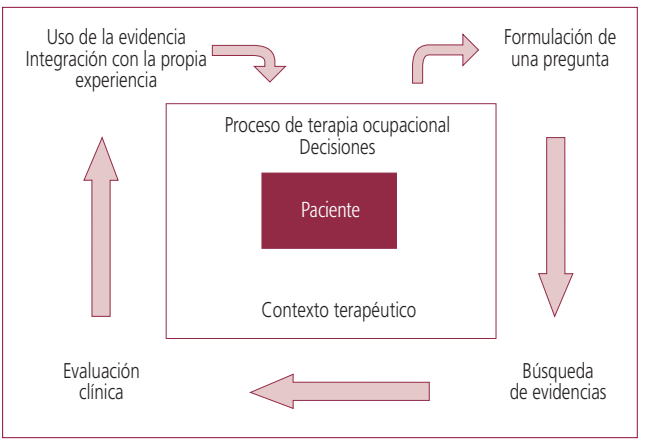

FIGURA 1. Proceso de práctica basada en la evidencia en la terapia ocupacional.

3. Organizaciones y páginas de *Internet*.
4. Bases de datos generales.
5. Bases de datos específicas de terapia ocupacional.
6. Estudios, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos de terapia ocupacional (publicados en los últimos 10 años).

Revistas de terapia ocupacional

-American Journal of Occupational Therapy
-Australian Occupational Therapy Journal
Occupational Therapy Journal of Research
-British Journal of Therapy and Rehabilitation
-Occupational Therapy in Mental Health
-OCUPATE
-Scandinavian Journal of Occupational Therapy
-Spanish Journal of Occupational Therapy
-The American Journal of Occupational Therapy
-Physical and Occupational Therapy in Geriatrics
-Physical and Occupational Therapy in Paediatrics
-Journal of Rheumatology Occupational Therapy
-American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation
-Annals of the Rheumatic Diseases
-Archives of Physical Medicine and Rehabilitation
-Clinical Journal of Pain
-Clinical Rehabilitation
-International Journal of Therapy and Rehabilitation
-JAMA (Journal of the American Medical Association)
-Journal of Burn Care and Rehabilitation
-Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
-Journal of Hand Therapy
-Journal of Head Trauma and Rehabilitation
-Journal of Nervous and Mental Disease
-Journal of Rehabilitation
-Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases
-Medicine Journal of Rehabilitation Research and Development
-The Lancet
-Journal of Integrated Care
-Asian Journal of Occupational Therapy
-Canadian Journal of Occupational Therapy
-Occupational Therapy Practice
-Occupational Therapy in Health Care
-Occupational Therapy International
-Occupational Therapy Now
-TOG
-Revista informativa de la APETO
-Occupational Therapy International
-Journal of Occupational Science
-OTJR: Occupation, Participation and Health
-Age and Ageing
-Arthritis Care and Research
-British Journal of Hand Therapy
-British Medical Journal
-Disability and Rehabilitation
-Evidence-Based Health Care
-Effective Health Care Bulletins
-Evidence-Based Medicine
-Evidence-Based Mental Health
-Neurorehabilitación
-New England Journal of Medicine
-PACE Pain Palliative Medicine
-Scandinavian Journal of Rehabilitation
-Rehabilitation
-Rehabilitación

Guías y orientaciones

Las guías y orientaciones son un conjunto de directrices o recomendaciones, desarrolladas de manera sistemática, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para la toma de decisión clínica en una circunstancia sanitaria específica.

-AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality)
-National Guideline Clearinghouse™ (NGC)

Organizaciones y páginas de Internet

-Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group. www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp
-Occupational Therapy and Rehabilitation Web Ring. www.geocities.com/HotSpring/3838
-Centre for Evidence-Based Medicine. www.cebm.net
-Centre for Evidence-Based Child Health. http://www.ich.ucl.ac.uk/ich/academicunits/Centre_for_evidence_based_child_health/Homepage
-Centre for Evidence-Based Mental Health. www.cebmh.com
-Centre for Evidence-Based Nursing. www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm
-www.terapia-ocupacional.com
-www.esterapia.com
-http://www.otdirect.co.uk/links.html
-Milbrok
-House.http://www.ex.ac.uk/Affiliate/stloyes/netlinks/lnk1ot.htm
-http://www.fisterra.com

Bases de datos generales

-The Cochrane Library
The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR)
The Cochrane Review Methodology Database (CRMD)
The Abstracts of Cochrane Reviews
-Bases de datos de Terapia ocupacional: OTSEEKER, OT CATS (Critically Appraised Topics)
-Bases de datos de Fisioterapia: PEDro, ENFISPO, ENFI2, SID
-Bases de datos sobre rehabilitación: REHABDATA, ABLEDATA

-CUIDEN (base de datos de enfermería)
-DissBASE (bases de datos sobre discapacidad)
-AMED *-CINAHL*
-EMBASE *-MEDLINE*
-PsycINFO *-SIGLE*
-ERIC *-ASSIA*

Bases de datos especificas de terapia ocupacional

OT Education Finder - Canadian Association of Occupational Therapists

Esta base de datos incluye las publicaciones de las revistas *Canadian Journal of Occupational Therapy and Occupational Therapy Now* desde1998 hasta la actualidad, así como otras publicaciones que están disponibles desde la *web* de CAOT. Se requiere ser miembro para tener acceso a las revistas, pero los documentos se pueden comprar y descargar como pdf. La entrada de la información proporciona enlaces relevantes para la práctica evidencia-basada. La sección de las *herramientas y recursos* proporciona ayuda al profesional en el proceso de la práctica basada en la evidencia.

OT Search–American Occupational Therapy Association

OT Search es una base de datos bibliográfica que cubre la literatura de la terapia ocupacional y los temas relacionados, tales como rehabilitación, educación, psiquiatría o psicología, de la asistencia y gestión del cuidado de la salud. En esta base de datos no se incluye el texto completo sólo la información bibliográfica para identificar el material y el resumen de autor (requiere ser miembro de la Asociación).

OTseeker: Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence

Base de datos que contiene resúmenes de revisiones sistemáticas y de ensayos controlados aleatorizados relevantes para terapia ocupacional. Los ensayos se han valorado críticamente y se han clasificado para facilitar la evaluación de su validez e interpretación. Estos grados ayudan a juzgar la calidad y la utilidad de los ensayos para orientar las intervenciones clínicas.

OTDBASE

Base de datos que contiene cerca de 5.000 resúmenes de 20 revistas internacionales de terapia ocupacional desde 1970 hasta la actualidad (requiere ser miembro).

OTCATs - Occupational Therapy Critically Appraised Topics

Contiene una serie de temas críticamente valorados (CATs) realizados por médicos y estudiantes de terapia ocupacional de la Universidad de Sydney Occidental, Australia. Un asunto críticamente valorado (o el CAT) es un resumen corto de la evidencia en un asunto del interés, enfocado generalmente alrededor de una pregunta clínica. En este sitio también se encuentran disponibles enlaces de otras fuentes de la práctica basada en la evidencia.

PSYCBITE

Es una base de datos gratuita que cataloga estudios sobre cognición, comportamiento y otros tratamientos acerca de problemas psicológicos y asuntos que ocurren como consecuencia de un daño cerebral adquirido. Los tipos de estudios contenidos y valorados para la calidad de PsycBITE son: revisiones sistemáticas, RCTS, no-RCTS, series de casos y diseños de casos experimentales simples.

PEDro

Proyecto del centro de fisioterapia basada en la evidencia (con la colaboración de la *Cochrane*), es una base de datos de ensayos controlados aleotorizados, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica de fisioterapia.

REHABTRIALS

RehabTrials es una base de datos de ensayos controlados aleotorizados relacionados con la rehabilitación. El tipo de población a estudiar incluye personas con lesión medular, ictus, accidentes cerebrovascular, amputaciones y estudios tanto con niños como con adultos. Las intervenciones incluyen tecnología y equipamiento, prendas de comprensión, cojines y terapia restrictiva de movimiento inducido.

Critically Appraised Topics, CAT's

Es una base de datos creada en Canadá sobre temas varolados críticamente en terapia de rehabilitación por estudiantes graduados en la Escuela de Terapia de Rehabilitación de la Universidad Quenn, Canadá.

EBP Website

EBP es una página *web* que contiene base de datos de estudios basados en la evidencia, guías de práctica clínica de publicaciones científicas. Creada por la Universidad de Ottawa, Escuela de Rehabilitación.

New South Wales Government

Es una página *web* que incluye bases de datos sobre fisioterapia, terapia ocupacional y variedad de temas como puedan ser lesión medular, accidentes cerebro-vasculares, entre otros.

Estudios, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos de la terapia ocupacional (publicados en los últimos 10 años)

Aunque existen pocos estudios o bibliografía sobre la terapia ocupacional basada en la evidencia, podemos citar a continuación algunos estudios, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos relacionados con la efectividad de la terapia ocupacional en la atención sanitaria y la geriatría, obtenidas mediante búsqueda en bases de datos, revistas especializadas y sitios de Internet específicos de terapia ocupacional.

- Vink C, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews (2004) Volume 4; Issue 3; Pages Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.
- Vink C, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews (2004) Volume 4; Issue 3; Pages Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.
- Stuck E, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. Journal of the American Medical Association. 2002; 287 (8); 1022-8.
- Barrett AM. Aricept plus a Behavioral strategy to improve functional tasks in vascular dementia. Pfizer Inc.; 2007.
- Berry M. In older adults, there is insufficient statistical evidence to support or refute that physical activity combined with a simultaneous secondary task will improve mobility to a greater extent than physical activity alone. 2008.
- Braun SM, Beurskens AJ, Borm PJ, Schack T, Wade DT. The effects of mental practice in stroke rehabilitation: a systematic review. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2006; 87 (6): 842-52.
- Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Dubouloz C-J, Casimiro L, Robinson VA, Pelland L, McGowan J. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises in the management of rheumatoid arthritis in adults. Physical Therapy 2004; 84 (10): 934-72.
- Brugna RA. The Physician assistant role in geriatric medicine and rehabilitation. POTG. 2006; 25 (2): 67-76.
- Frazer J, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. Medical Journal of Australia. 2005; 182 (12): 627-32.
- Caglar AT, Gurses HN, Mutluay FK, Kiziltan G. Effects of home exercises on motor performance in patients with Parkinson's disease. Clin Rehabil. 2005; 19: 870-7.

- Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, LaBree L, Hay J, et al. Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001; 56: 60-3.
- David Chircop. There is strong evidence (level 1a) that a home hazard assessment and modifications can reduce the number of falls at home in older people with a history of falling but not in those without a history of falls. 2004.
- Deane KHO, Ellis-Hill C, Dekker K, Davies P, Clarke CE. A survey of current occupational therapy practice for Parkinson's disease in the United Kingdom. Br J Occ Ther. 2003; 63 (5): 193-200.
- Deane KHO, Ellis-Hill C, Playford ED, Ben-Shlomo Y, Clarke CE. Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus; 2006; 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
- Ende CH, Breedveld FC, le Cessie S, Dijkmans BA, de Mug AW, Hazes JM. Effect of intensive exercise on patients with active rheumatoid arthritis: a randomised clinical trial. Annals of the Rheumatic Diseases. 2000; 59 (8): 615-21.
- Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. Clin Rehabil. 2004; 18: 463-82.
- Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. Clinical Rehabilitation. 2004; 18 (5): 463-82.
- Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2003; 40 (4): 335-45.
- Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. Clinical Rehabilitation. 2004; 18 (5): 463-82.
- Li H, Melnyk BM, McCann R. Review of intervention studies of families with hospitalized elderly relatives. Journal of Nursing Scholarship. 2004; 36 (1): 54-9.
- Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2001; 40 (9): 1044-51.
- Hammond A, Freeman K. The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-/behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. Clin Rehabil. 2004; 18: 520-8.
- Heuts PHTG, de Bie RA, Dijkstra A, Aretz K, Johan WS, Hubert JA, et al. Assessment of readiness to change in patients with osteoarthritis. Development and application of a new questionnaire. Clin Rehabil. 2005; 19: 290-9.
- Hoppes S, Davis LA, Thompson D. Environmental effects on the assessment of people with dementia: a pilot study. AJOT. 2002; 57 (4): 396-402.
- Horowitz BB, Bressler DC. Occupational therapists' Knowledge of Aging. POTG. 2000; 17 (3): 37-49.
- Howland J, Manocchia M, Peterson EW, Almeida A, DiPietro K, Morgan S. Health care provider awareness and perceptions of hip protectors: results from a pilot survey. POTG. 2006; 25 (1): 1-15.

- Ip WM, Woo J, Yue SY, Kwan M, Sum SMW, Kwok T, et al. Evaluation of the effect of energy conservation techniques in the performance of activity of daily living tasks. Clin Rehabil. 2006; 20 (3): 254-61.
- Deane KH, Hill CE, Playford ED, Ben Shlomo, Clarke CE. Occupational therapy for patients with Parkinson's disease (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews (2001) Issue 2; Pages Art. No.: CD002813. DOI: 10.1002/14651858.CD002813.
- Deane KHO, Hill CE, Jones D, Whurr R, Shlomo YB, Playford ED, et al. Systematic review of paramedical therapies for Parkinson's disease. Movement Disorders. 2002; 17 (5): 984-91.
- Sohng KY, Choi JH, Song HH, Moon JS. A meta-analysis of exercise programmes or preventing falls in older people. Asian Journal of Nursing Studies. 2005; 8 (1): 3-15.
- Thorpe K. There is good evidence (level 1a) that hip protectors are not effective in reducing the incidence of hip fracture following a fall, in elderly people living in the community, but may be effective for elderly people with a previous history of hip fracture living in aged-care facilities. 2006 rev.
- Kealey P, Mcintyre I. An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carers perspective. Eur J Cancer Care. 2005; 14: 232-43.
- Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; Issue 2.
- Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, et al. Occupational therapy for patients with Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (2007) Issue 3; Pages CD002813.
- Landry DW, Mathews M. Economic evaluation of occupational therapy: where are we at? Can J Occ Ther. 1998; 65 (3): 160-7.
- Lauren Costelloe. The use of a multifactorial falls risk assessment and management plan reduces the risk of falling and the monthly fall rate of older adults, and is the most effective component of a falls prevention programme. 2006 rev.
- Leclerc A. The effectiveness of hard shell hip protectors in the prevention of hip fractures in the older adult population residing in residential care is uncertain. 2006.
- Lee WT, Chan HF, Wong E. Improvement of feeding independence in end-stage cancer patients under palliative care: a prospective, uncontrolled study. Support Care Cancer. 2005; (12): 1051-6.
- Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; Issue 4.
- Lindemann U, Schiele A, von Tiedemann A. The task of occupational therapy in fall prevention for the elderly. E & R. 2005; 44 (6): 6-10 (German).
- Lyons KD, Tickle-Degnen L, DeGroat EJ. Inferring personality traits of clients with Parkinson's disease from their descriptions of favourite activities. Clin Rehabil. 2005; 19: 799-809.
- Gardner M, Robertson M, Campbell A. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. British Journal of Sports Medicine. 2000; 34 (1): 7-17.

- Luctkar-Flude M, Groll D, Tranmer J, Woodend K. Fatigue and physical activity in older adults with cancer: A systematic review of the literature. Cancer Nursing. 2007; 30 (5): E35-45.
- Weatherall M. Prevention of falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A meta-analysis of estimates of effectiveness based on recent guidelines. Internal Medicine Journal. 2004; 34 (3): 102-8.
- Martensson L, Dahlin-Ivanoff S. Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. Disabil Rehabil. 2006; 28 (16): 985-95.
- McCluskey A, Bennett S. A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer related fatigue. Aus Occ Ther J. 2005; 52 (1): 90-1.
- McCluskey A. Increasing the use of research evidence by occupational therapists. [Final Report]. Penrith South, NSW: School of Exercise and Health Sciences, University of Western Sydney. 2004. Disponible en www.maa.nsw.gov.au, 'Injury Management' y 'Reports and Resources' o en www.otcats.com, 'Project Summary'.
- McCluskey A, Johnson M, Tate R. The process of care management following brain injury: a grounded theory study. Brain Impairment. 2007; 8 (3): 293-311.
- McCluskey A, Lovarini M, Bennett S, McKenna K, Tooth L, Hoffmann T. What evidence exists for work-related injury prevention and management? analysis of an occupational therapy evidence database. The British Journal of Occupational Therapy. 2005; 68 (10): 447-56.
- McGee CW, Mathiowetz V. The relationship between upper extremity strength and instrumental activities of daily living performance among elderly momen. OTJR. 2003; 23 (4): 143-54.
- McKenna K, Bennett S, Hoffmann T, McCluskey A, Strong J, Tooth L. OTseeker (Occupational Therapy Systematic Review of Evidence): enhancing the uptake of evidence by occupational therapists. Aust Occ Ther J. 2004; 51 (2): 102-5.
- Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. Gerontology. 2003; 49 (2): 93-116.
- Mu K, Lohman H, Scheirton L. Occupational therapy practice errors in physical rehabilitation and geriatrics settings: a national survey study. AJOT. 2006; 60 (3): 288-97.
- Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults Cochrane Database of Systematic Reviews. (2005) Issue 1; Pages Art. No.: CD004017. DOI: 10.1002/14651858.
- Nuffield Institute for Health. Preventing falls and subsequent injury in older people. Effective Health Care. 1996; 2 (4): 1-16.
- Porter J, Franklin T, Pieninck M, Springer C, Holm MB. Quality of follow-through with feeding interventions for long-term care facility residents. POTG. 2001; 19 (1): 77-90.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2001; 323 (7315): 719-25.

- Barras S. A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. Australian Occupational Therapy Journal. 2005; 52 (4): 326-36.
- Murphy S, Tickle-Degnen L. The effectiveness of occupational therapy-related treatments for persons with Parkinson's disease: a meta-analytic review. American Journal of Occupational Therapy. 2001; 55 (4): 385-93.
- Voigt Radloff S, Schochat T, Heis HW. Controlled trials on the efficacy of occupational therapy with elderly. Part II: Evidence for prioritised diseases and disabilitiess. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 2004; 37 (6): 450-8.
- Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton SG. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2003; 70 (4): 214-25.
- Patterson S, Williams M. 2005. An occupational therapy consultation provided to older adults presenting to accident and emergency improves ADL functioning and reduces falls and hospital stays. 2005.
- Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, KA ke AJ, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine 2004; 140 (2): 77-84.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
- Sylvest D. There is evidence that strengthening exercises improve the ability of frail seniors living in residential facilities to transfer. 2007.
- Tse T. The environment and falls prevention: do environmental modifications make a difference? Australian Occupational Therapy Journal. 2005; 52 (4): 269-70.
- Tooth L, Bennett S, McCluskey A, Hoffmann L, McKenna K, Lovarini M. Appraising the quality of randomized controlled trials: inter-rater reliability for the OTseeker evidence database. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2005; 11 (6): 547-55.
- Trevena L, Cameron I, Porwal M. Clinical Practice Guidelines for the care of people living with traumatic brain injury in the community. School of Public Health, University of Sydney; 2004.
- Tullis A, Nicol M. A systematic review of the evidence for the value of functional assessment of older people with dementia. Br J Occ Ther. 1999; 62 (12): 554-63.
- Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005.
- Unsworth CA. Using social judgment theory to study occupational therapists' use of information when making driver licensing recommendations for older and functionally impaired adults. AJOT. 2007; 61 (5): 493-502.
- Vreede PL, Samson MM, van Meeteren NL, van der Bom JG, Duursma SA, Verhaar HJ. Functional tasks exercise versus resistance exercise to improve daily function in older women: a feasibility study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2004; 85 (12): 1952-61.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera Soto S, Viñes Rueda JJ. El ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2000. Rev Esp Salud Pública. 1999; 73: 13-24.
2. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995; 310: 1122-6.
3. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, García Gonzalo N. "TOBE" O NO "TOBE", actitudes para la práctica de la Terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE). TOG. Revista Gallega de Terapia ocupacional. Disponible en: www.revistatog.org 2005.
4. Bennett S, Bennett J. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. Aus Occ Ther J. 2000; 47: 171-80.